

年 月 日

都城市長 宛て

申請者 氏名

連絡先

（利用者との関係： ）

都城市産後ケア事業利用申請書

都城市産後ケア事業の利用のため次のとおり申請します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	都城市		
	連絡先		流産・死産日	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 身体的回復に不安がある。 <input type="checkbox"/> 心理的回復に不安がある。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
<p>都城市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な下記の情報について、都城市保健センターが関係部課又は事業者を確認及び共有することについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民税の課税額及び課税状況</li> <li>・生活保護の受給状況</li> <li>・本事業の実施及び利用状況</li> </ul> <p>年 月 日 利用者氏名</p>				