

横須賀市産後ケア事業利用申請書

受付NO

年 月 日				
(あて先)横須賀市長				
申請者(氏名)				
対象者(産婦)	住 所	〒		
	フリガナ氏 名		生年月日	年 月 日()歳
	電話番号		メールアドレス	
乳児	フリガナ氏 名	多胎児の場合は、並べて記入してください。	性 別	多胎児の場合は、並べて記入してください。
			生年月日	年 月 日
世帯区分	対象者の世帯が該当する項目にチェック(レ点)をつけてください。			
	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ※市民税非課税世帯、生活保護世帯で、今年(1月～5月の場合は前年)の1月1日時点で横須賀市に住民登録がない場合で利用料金の減免を受けるには、証明書の添付が必要です。			
同 意 書		(1)産後ケア事業の利用等に関する情報等について、委託事業所と情報共有することに同意します。 (2)産後ケア事業の利用承認にあたり、市税等に関する情報の調査に同意します。 (3)利用時の状況等に関する情報について、横須賀市の母子保健事業に利用することに同意します。 ☐ 同意する ※チェック(レ点)をつけてください。		

事務処理欄(記入しないでください)

住民登録	☐ 有	備考
	☐ 無	
世帯区分	☐ 課税	
	☐ 非課税	
	☐ 生活保護	