

様式第1号（第6条関係）

上天草市育児支援サービス事業利用申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

育児支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。上天草市育児支援サービス事業利用申請書及び利用サービスに必要な情報を委託事業者に提供することに同意します。また、育児支援サービスの提供内容を上天草市に情報提供されることに同意します。

| | | | |
|-------------|--|------|-------|
| 母子健康手帳番号 | | | |
| 利用者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 利用者住所 | 上天草市 | | |
| 利用者の連絡先 | 電話番号 | | |
| 子の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 出産（予定）施設の名称 | | | |
| 出産予定日 | 年 月 日 | | |
| 利用希望施設名 | | | |
| 利用希望期間 | 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） | | |
| 新生児の状況 | 出生体重（ g）（男・女） 第（ ）子 出生時の異常（無・有） （有の場合 ） | | |
| 申請理由 | 1 産後の体の回復に不安がある。 2 育児について不安がある。 3 里帰りが出来ず家族からの援助が受けられない。 4 その他（ ） | | |

注）この申請書を提出する場合は、母子健康手帳を持参してください。