

太枠内の項目をご記入ください。

台東区産後ケア事業(外来型乳房ケア)利用申込書

台東区長 殿

年 月 日

次のとおり、産後ケア事業(外来型乳房ケア)の利用を申込みます。

受付番号

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
申込者氏名 (利用者)			
住 所	台東区		
電 話	() ()	FAX	()
フリガナ			
乳児氏名			
出産日	年 月 日		
申込理由	<p>●該当するものに○をつけてください。</p> <p>() 授乳のこと () 児のこと () 育児全般 () その他()</p>		
世帯の状況	<p>該当するところに○を付けてください</p> <p>住民税課税世帯 ・ 住民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯</p>		

同意書

私は、当申込に関し次の事項に同意します。

(自署または記名押印)

氏 名 ㊞ (本人)

- (1) この申込に当たり、台東区が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査すること。
- (2) このサービスを利用するために、申込書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者に提供すること並びに、利用者の健康状態について、受託事業者から台東区に情報提供すること。
- (3) 利用時に利用者負担金(実費相当分)を施設に支払うこと。
- (4) 乳児家庭全戸訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況等に関する情報を台東区が利用すること。

※担当者 記入欄	(課税 ・ 非課税 ・ 生保)
-------------	-------------------