

様式第1号
(あて先) 仙台市長

申請年月日: 年 月 日

仙台市産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、仙台市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)
	氏名			
	住所	仙台市 区		
	電話番号	①	②	
	母子健康手帳番号		出産(予定)日	年 月 日
今回の妊娠	1. 単胎妊娠 2. 多胎妊娠	多胎妊娠の場合、妊娠32週時点において、医師の診察により胎児心拍が確認された胎児の数をご記載ください。()人		
世帯の区分	1. 生活保護世帯・市民税非課税世帯 2. 市民税課税世帯			

同意欄

<input type="checkbox"/>	1. 仙台市が私及び生計を一にする世帯員の仙台市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 2. 事業を利用するにあたり、保健福祉センターまたは実施施設等が必要と判断した場合は、必要な個人情報及び利用状況等について相互に情報提供を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/>	産後ケア事業の利用上の注意点をよく読み、事業の趣旨を理解しました。

※区役所・総合支所記入欄

申請受付日	年 月 日	課税区分	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護
利用券送付日	年 月 日	交付整理番号	
備考			