

釧路市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

令和 年 月 日

釧路市長 あて

次のとおり産後ケア事業を利用したいので、申請します。

フリガナ 利用者氏名(母)		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
住 所	〒 - 釧路市 丁目 番 号 マンション・アパート名 部屋番号		
電話番号	(自宅) - (携帯) - -		
緊急連絡先	氏名	(利用者との関係)	
	住所		
	電話番号 (連絡先を2カ所ご記入 ください)	①	②
フリガナ 利用者氏名(子)		出産(予定)日 施設名	令和 年 月 日(か月)
利用希望施設名	<input type="checkbox"/> 市立釧路総合病院 <input type="checkbox"/> ママケアハウス イコロ助産院		
利用希望期間	<input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 2泊3日 第1希望 : 令和 年 月 日~令和 年 月 日 第2希望 : 令和 年 月 日~令和 年 月 日		
<情報提供に関する同意書> 釧路市産後ケア事業を実施するにあたり、釧路市と委託事業者において、利用者の情報を共有することに同意します。 <p style="text-align: right;">氏名</p>			

※やむを得ずご自身で申請できない場合は、下記委任欄に記載することにより、代理の方が申請を行うことができます。

委任欄	私は下記の者を代理人と定め、産後ケア事業利用申請兼情報提供同意に関する一切の権限を委任します。		
	委任年月日	令和 年 月 日	委任者(利用者)氏名
	代理人氏名:		利用者との関係:
	代理人住所:		電話番号: