

（宛先）高松市長

申請者 住所  
氏名  
（利用者との関係 ）  
電話

## 高松市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。  
なお、申請に当たり高松市が必要と認めるときは、私及び私の世帯員の住民票情報及び所得情報を確認されることを承諾します。また、生活保護の受給の有無について確認されることを承諾します。

申請の種類	1 新規		2 継続	
利用者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
配偶者又は 子の親の氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
子の氏名		出生時の 体重		g（第 子）
出産施設名				
出産予定日	平成	年 月 日	出産日	平成 年 月 日
退院予定日	平成	年 月 日	退院日	平成 年 月 日
利用種別・日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで ( 日)		
	<input type="checkbox"/> 通所型	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日 ( 日)
利用希望施設 (助産所)				
申請理由 (具体的に 記入して ください。)				
世帯の課税状況等の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	
	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯			
*担当者欄 (母子の状況等)				

注 1 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

注 2 \*印欄は、記入しないでください。