

(宛先) 高松市長

申請者（産婦） 住所  
氏名 ⑩  
(自署の場合、押印は不要です)  
電話

## 高松市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、高松市産後ケア事業を利用したいので、高松市産後ケア事業実施要綱第6条第1項（第8条第3項において準用する場合を含む。）の規定により申請します。

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、課税状況及び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。また、必要に応じ、これらの情報が高松市から利用希望施設（助産所）へ提供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	産婦の氏名		生年月日 年 月 日
	子の氏名		出生時の体重 g (第 子)
配偶者又は子の親の氏名			生年月日 年 月 日
出産施設名			
出産予定日		年 月 日	出産日 年 月 日
退院予定日		年 月 日	退院日 年 月 日
利用種別及び利用期間		<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日 から 年 月 日まで ( 日)	
		<input type="checkbox"/> 通所型 年 月 日 年 月 日 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	
*担当者記入欄 (母子の状況等)			

注

- 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。
- \*印欄は、記入しないでください。