様式第１号

年　　月　　日

石　巻　市　長

申請者住所　　　〒

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）

電話番号

**石巻市産後ケア事業利用申請書**

下記のとおり、石巻市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　利　用　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏名（産婦） |  |
| 住　　　所 | 石巻市 |
| 出　産　日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　（携帯） |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）　電話番号： |

個人情報について

１　健康推進課及び市民福祉課と委託事業者が、産後ケア事業及びその他母子保健事業の実施にあたり必要な個人情報を共有することに同意します。

２　健康推進課及び市民福祉課が必要と判断した場合、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　本人自署欄（利用者本人の自署が必要です）

　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名