

## 産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者

住 所

氏 名

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
利用者氏名							
住所	木津川市			携帯番号			
ふりがな		男 第	女 子	年 月 日 生 ( ) か月			
児氏名							
緊急連絡先 氏名	続柄：			連絡先			
申請理由							
利用希望 サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( ) 日						
	<input type="checkbox"/> 日帰り型 年 月 日 ( )				<input type="checkbox"/> 日帰り型（グリーフケア） 年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 訪問型 ① 年 月 日 ( ) ② 年 月 日 ( )						
利用場所							
利用料に かかる 課税状況	世帯状況及び同意（※申請時点で同一世帯の方についてご記入ください。）						
	氏名	続柄	生年月日	住所			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	※木津川市にその年の1月1日の住所がなかった方（ただし、1月～6月の利用申請の場合は、前年の1月1日に住所がなかった方）は、前住所地での市町村民税の課税状況がわかる資料を添付してください。						

利用料に係る世帯区分を確認するために、木津川市に審査が必要な範囲で課税状況について、調査・閲覧することに同意します。

委託事業の実施に当たり、木津川市が事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び事業者が木津川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

年 月 日 申請者署名 続柄