

横浜市産後母子ケア事業(訪問型母子ケア) 利用申請書

年 月 日

横浜市こども青少年局長

利用者	(ふりがな) 母親の氏名		電話	
	住所	(〒 -) 横浜市 区		

子の氏名等	(ふりがな)		出生年月日
	子の氏名		年 月 日
	母子手帳 番号		
	(ふりがな)		出生年月日
	子の氏名		年 月 日
	母子手帳 番号		
子の氏名等	(ふりがな)		出生年月日
	子の氏名		年 月 日
	母子手帳 番号		

本人同意欄	私は、当申請に関し下記の事項に同意します。※すべての項目にチェックが必要です。チェックのない項目がある方はご利用できません。		
	<input type="checkbox"/>	このサービスを利用するために、私の情報をサービスを提供者等に必要な範囲で提供すること。	
	<input type="checkbox"/>	サービス提供者から居住区の福祉保健センターに利用状況を報告すること。	
	<input type="checkbox"/>	利用時に利用者負担額をサービス提供者に現金で支払うこと。	
	<input type="checkbox"/>	医療行為は受けられないこと。	
	<input type="checkbox"/>	慢性疾患がない、もしくは慢性疾患があり医療機関に通院している場合は、主治医から本事業の利用を許可されていること。	
	<input type="checkbox"/>	「横浜市産後母子ケア事業(訪問型母子ケア) 利用規定」の内容を把握していること。	