

藤沢市産後ケア事業利用券交付願

藤沢市長
次のとおり申し込みます。

年 月 日
利用者との続柄

氏 名 ()

申込者 生年月日 年 月 日 電 話

住 所

フリガナ		生年月日 (和暦)	年 月 日
利用者氏名			

住所・連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 藤沢市		
	電話		

母子健康手帳番号		区分	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦
----------	--	----	--

出産（予定） 医療機関		出産 (予定)日	年 月 日
----------------	--	-------------	-------

フリガナ		生年月日 (和暦)	年 月 日
子の名前	<input type="checkbox"/> 未定		

藤沢市産後ケア事業利用券の交付にあたり次の項目について確認し、署名をもって同意いたします。

1. 当該事業を利用する期間において、市が保有する自己及び属する世帯に係る住民記録情報、その他当該事業利用の情報を、当該事業事務主管課及び子ども家庭センターが利用すること
2. 当該利用券の交付において、記載内容等について虚偽の申告に基づく利用や、その他の不正行為が認められた場合は、これにかかった費用を自費で支払うこと

年 月 日 上記内容を確認しました。

署名

市役所事務確認欄	住民登録情報 : 有 ・ 無 (その他: 転入日)
	利用券発行履歴 : 無 ・ 有 (発行日:)