

伊東市産後ケアデイサービス事業（ホテル利用型）利用者申請書

年 月 日

伊東市長 様

住 所

申請者 氏 名 (印)

電 話

次のとおり、産後ケアデイサービス事業（ホテル利用型）を利用したいので申請します。

種類	<input type="checkbox"/> デイサービス		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
ふりがな 子の名	(年 月 日生)	出生体重	g (第 子)
出産施設			
利用希望日	デイサービス 10:00~16:00	第1希望	令和 年 月 日 ()
		第2希望	令和 年 月 日 ()
		第3希望	令和 年 月 日 ()
利用希望施設	<input type="checkbox"/> ホテル暖香園		
治療中の疾患	利用者	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 ※食物アレルギー <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
	子	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
申請理由 (具体的に記入)			
同意欄	1. 本申請に関する内容を伊東市産後ケア事業実施事業者提供すること、および、利用者の健康状態等について事業者から伊東市に情報提供することに同意します。 2. 利用者負担金を事業者へ遅延なく支払うことに同意します。 申請者(利用者)氏名 _____		

※施設の状況により、希望に添えないことがあります。

(市処理欄)

担当者記入欄	
--------	--