

産後ママサポート事業利用申込書

年 月 日

富岡市長 様

次のとおり富岡市産後ママサポート事業の趣旨を理解の上、申し込みます。

利用者 No.

申込者	ふりがな			生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名					
		今回出産された子	1人 ・ 2人以上			
	住所	〒				
電話				出産日	年 月 日	
携帯						

世帯状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先等
世帯区分	1. 課税世帯                      2. 生活保護世帯			
添付書類	1. 母子手帳写し                      2. 生活保護受給証明書			

同意書	富岡市産後ママサポート事業の利用に当たり、必要に応じて私の属する世帯に関する生活保護の受給状況、世帯構成等について市長が保管している個人情報を確認することに同意します。
	年 月 日      申込者氏名 _____ 印

※活動中に生じた事故については、当事者同士で解決するものとします。ただし、万が一の事故に備え、センターは保険に加入しています。