

藤沢市産後ケア事業再交付等依頼書

藤沢市長	年	月	日
次のとおり依頼します。			
			利用者との続柄
氏 名	()		
依頼者	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	☐ 申請者と同じ 藤沢市	電話
----------	--	----

母子健康手帳番号	
----------	--

依 頼 文 書 ・ 内 容	☐ 藤沢市産後ケア事業利用券の再交付 理由： 最終利用日： (利用回数： 回目まで利用) 実施事業者：
	☐ 藤沢市産後ケア事業自己負担金免除認定結果通知書 ☐ 内容変更 変更項目：
	☐ 再発行 理 由：

藤沢市産後ケア事業の再交付等の依頼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、住民税課税情報（生活保護利用の有無を含む）、その他当該事業利用情報を、当該事業事務主管課及びこども家庭センターが利用すること

2. 当該事業の利用において、利用日数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（ 無 ・ 有 ⇒ 確認事項：氏名・住所・生年月日）
【備 考】	