

金沢市かかりつけ助産師推進事業利用助成券交付申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

金沢市かかりつけ助産師推進事業利用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

産 婦	氏 名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
	住 所	金沢市
	電話番号	— —
	出 産 日	年 月 日
	利用目的等 (複数可)	1. 育児に不安がある      2. 授乳に不安がある 3. 子どもの体重増加に不安がある 4. 身近に相談できる人がいない 5. 心身の不調がある 6. ( )

※申請者が産婦本人の場合には、次の欄は記入不要です。

申 請 者	氏 名	(フリガナ)
	住 所	
	電話番号	— —
	産婦との 続 柄	1. 夫・パートナー      2. 実父母      3. 義父母 4. その他 ( )

【事務処理欄】

本 人	個人・免許・手帳・在留・旅券・保険・年金・( )	代 理	法定・委任状・本人
申請場所	本庁・泉野・元町・駅西	利用助成券	<input type="checkbox"/> 申請時に交付済み <input type="checkbox"/> 未交付(後日郵送)