様式第１号（第７条関係）　　（利用者→市）

年　　月　　日

（宛先）旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用申請書

次のとおり、旭川市妊産婦等グリーフケア事業の利用を申請します。

（ふりがな） 利用者氏名		生年月日	年　　月　　日
連絡先	（住所）〒		
	（TEL）		
受診医療機関			
利用理由	□流産　　□死産　　□その他（　　）		
利用希望事業者			
申請理由 （該当するもの全てに印を付けてください。）	□身体的なケアを受けるため □精神的なケアを受けるため □その他（　　）		
利用可能日数	７日以内		

個人情報の提供等に関する同意書
本事業の利用承認及び利用のために必要な情報を、旭川市おやこ応援課（以下「旭川市」という。）が、公簿等で確認をすること、医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が旭川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。 申請者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自己負担額		妊産婦等グリーフケア事業
	一般世帯	１，０００円
	市町村民税非課税世帯 生活保護世帯	０円
利用できる日数		通算して７日以内

※利用時は「妊産婦等グリーフケア事業利用承認通知」を利用事業者に提出してください。また、その他の持ち物、利用時間等の詳細につきましては、利用事業者に御確認ください。

※自己負担額及び食費等につきましては、利用事業者に直接お支払ください。

※日程の変更（中止）を希望する場合、利用開始日の前日１０時までに利用事業者に御連絡をお願いします。前日１０時までに御連絡がない場合はキャンセル料がかかります。

※市町村民税非課税世帯、生活保護世帯でご利用の方は事前に、申請書及び市町村民税課税証明書、生活保護手帳(写)など、書類の提出が必要です。