

小矢部市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 小矢部市長

申請者 住所 小矢部市

氏名

電話番号

(利用者との関係)

小矢部市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

利用者 (母)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	小矢部市		
	出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
	出産(予定)施設		母子健康手帳番号	
利用者 (子)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		出生体重	g
	性別等	男 ・ 女 (第 子)		
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 (利用希望日: 年 月 日～)			
申請理由	<input type="checkbox"/> 自分の体調不良 <input type="checkbox"/> 育児や授乳に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用希望回数	訪問型 年 月 日から 年 月 日までの期間中 回 デイサービス型 年 月 日から 年 月 日までの期間中 回 ※ 原則各5回まで			
<input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用審査及び利用者負担額の決定審査にあたり、市が利用者及び世帯員の税情報等必要な情報を調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請内容について、利用機関に情報提供することに同意します。				

市 記 入 欄	母子の状況			
	受付日	年 月 日	決定日	年 月 日
	負担区分	生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ その他の世帯		

この申請書を提出するときは、母子健康手帳をお持ちください。