

上天草市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

母子健康手帳番号			
利用者の氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所	上天草市		
利用者の連絡先			
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産施設の名称			
利用希望施設名			
出産予定日	令和 年 月 日		
利用希望種別・回数	宿泊型ケア	令和 年 月 日～令和 年 月 日（泊）	
	通所型ケア	令和 年 月 日～令和 年 月 日（回）	
	訪問型ケア	令和 年 月 日～令和 年 月 日（回）	
出生時の状況	出生体重（ g）（男・女）第（ ）子 出生時の異常（無・有） （有の場合 ）		
申請理由	1 産後の身体、精神面に不調がある 2 育児に不安がある 3 その他（ ）		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
産後ケア事業利用申請に当たり、次の事項について同意します。 1 市が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を調査すること。 2 市が医療機関等へ申請書等の内容を情報提供すること。また、医療機関等が市へ産後ケア事業の利用状況、健康状態等の情報を提供すること。 <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____</p>			

注）この申請書を提出する場合は、母子健康手帳を持参してください。