

上天草市産後ケア事業利用申請書

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。

利 用 予 定 者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	上天草市		
	生年月日	年 月 日	連絡先		
	緊急連絡先	氏名	続柄 ()	電話	
	出産施設名	(<input type="checkbox"/> 予定)			
	出産日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 予定)			
	児の氏名①				
	児の氏名②				
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 ()				
利 用 希 望	利用種別	利用期間		利用施設	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型ケア <input type="checkbox"/> 多胎利用	年 月 日 ~ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 通所型ケア	年 月 日 ~ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 訪問型ケア	年 月 日 ~ 年 月 日			
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 署名 _____</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。