

様式第1号（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書（出産者用）

年 月 日

朝来市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、産後ケア事業の利用に当たり、以下の内容に同意の上、申請します。

- ・ 本申請に関する内容を産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者希望者の健康状態等必要な情報について、事業者から朝来市に情報提供すること。
- ・ 自己負担額の決定に関して、市が住民基本台帳による世帯状況及び世帯員の市町村民税の課税状況、生活保護受給状況を調査すること。（市民税非課税世帯・生活保護世帯の申請をされた方のみ）

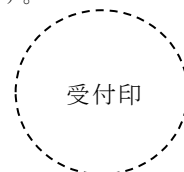
申請の種類		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再申請			
利用希望者（母親・乳児等）	ふりがな				
	氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒 朝来市 電話：自宅・携帯 ( ) ※里帰り先住所： (緊急連絡先氏名 申請者との関係 電話 )			
	出産（予定）医療機関	出産（予定）日	年 月 日 (在胎 週) <input type="checkbox"/> 帝王切開		
	ふりがな乳児氏名	(第 子) 性別 男・女	出生体重 g		
	多胎の場合ふりがな乳児氏名	(第 子) 性別 男・女	出生体重 g		
	兄弟利用の場合ふりがな乳児氏名	※姉兄利用は、別途自己負担があります。また、実施機関は少ないため、利用できない場合があります。 (第 子) 性別 男・女 生年月日 年 月 日 ( 歳)			
世帯構成 ※上記以外の同居家族	氏名	利用希望者（母親）との続柄	生年月日	年齢	職業
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
利用希望サービス	種別	利用希望日			利用希望事業所名
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	月 日 ~ 月 日 ( 泊 日)			第1希望 第2希望
	<input type="checkbox"/> 通所型	月 日 ( 時間)、 月 日 ( 時間)、 月 日 ( 時間) ( 回)			第1希望 第2希望
<input type="checkbox"/> 訪問型	月 日 ( 時間)、 月 日 ( 時間)、 月 日 ( 時間) ( 回)				
申請理由 利用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発育発達チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

注1 申請の際には、母子健康手帳を持参してください。

注2 市で課税状況が確認できない場合は、利用者が属する世帯全員の所得課税証明書等が必要となります。

【市記入欄】

住基確認	年 月 日	申請者番号	—
利用承認	承認 ・ 不承認	決定日	年 月 日
自己負担額	負担なし ・ 円	依頼事業者	



裏面あり

