

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

朝来市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係:)

次のとおり、朝来市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。

- ・市から委託医療機関等又は委託助産師に対して必要な個人情報等を提供すること。
- ・委託医療機関等又は委託助産師から市に対して利用者の健康状態等必要な情報を報告すること。
- ・利用者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			
ふりがな		生年月日	年 月 日	
利用者氏名			(歳)	
利用者住所	〒 朝来市 電話: 自宅・携帯 ()			
子の氏名		出産(予定)日		
出産(予定)施設名		退院(予定)日		
世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	
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			
利用種別及び期間等 (希望する箇所に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用希望日	日間	
		利用医療機関名		
	<input type="checkbox"/> 病院通所型	利用希望日	日間	
		利用医療機関名		
	<input type="checkbox"/> 助産所通所型	利用希望コース	1 2時間コース	回
			2 5時間コース	回
<input type="checkbox"/> 訪問型 (委託助産師)	利用希望コース	1 2時間コース	回	
		2 4時間コース	回	
利用理由 (○印を記入してください) (複数回答可)	1 家族等からの支援を受けることが難しい。 2 心身の不調がある。 3 育児や日常生活についての不安がある。 4 乳房ケアを含む授乳について相談したい。 5 その他 (具体的に記入してください)			

注1 申請の際には、母子健康手帳を持参してください。

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	



