

五泉市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

五泉市長 様

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			(歳)
住所	※住民票のある住所地をご記入ください 〒 - 五泉市		
日中連絡の取れる電話番号		緊急連絡先	(申請者との続柄：)
申請の種類	新規・変更・延長		
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産(予定)施設名			
利用希望	産後ケアを受ける施設名：		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 利用期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		
	<input type="checkbox"/> 通所型 利用日： 年 月 日 ～ 年 月 日 (回)		
	<input type="checkbox"/> 訪問型 利用日： 年 月 日 ～ 年 月 日 (回)		
	※訪問先住所（上記と異なる場合）：〒		
申請理由	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の不調がある <input type="checkbox"/> 疲れ <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 乳房トラブル <input type="checkbox"/> その他（具体的に：) ・育児に不安がある <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> だっこや赤ちゃんの扱い方 <input type="checkbox"/> 発育 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：) ・育児や家事を手伝ってくれる人がいない() ・その他（具体的に：) 		
<p><同意書> 私は五泉市産後ケア事業の利用にあたり、次の事項について同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用決定のため、市が申請者及び児の住民基本台帳等を確認すること</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用区分確認のため、市が申請者及び世帯構成員全員の住民税課税状況及び生活保護の認定状況について確認すること また、照会によっても確認ができない場合、関係書類を提出すること</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業を実施する施設等と市が、今後の保健福祉サービスにつなげるため情報を共有すること</p> <p>※上記項目について同意する場合、<input checked="" type="checkbox"/>を付けてください。</p>			

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
利用料区分	1.課税世帯	2.非課税世帯	3.生活保護世帯

(注) 二重枠の欄は、記入しないでください。