

様式第3 (第9条関係)

新城市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

新 城 市 長

申請者 住所 新城市
氏名

(利用者との関係)

電話番号 (携帯) - -

次のとおり新城市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒441- 新城市			電話番号 (携帯):	
	緊急連絡先	(ふりがな) 氏名:	申請者との関係:	電話番号 (携帯):		
	出産施設名		出産日 (予定日)	年 月 日		
	児の氏名	(ふりがな) 男・女(第 子)	在胎週数	週 日	出生時体重	g
	男・女(第 子)	g				
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業など		
		本人				
利用希望 ・宿泊型 ・日帰り型 ・訪問型 合わせて 7日間まで	宿泊型	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
	日帰り型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
	訪問型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()				
申請理由 (複数回答可)	1 家族等から十分な家事や育児などの援助が受けられない。 2 産後の身体的機能の回復について不安がある。 3 育児について不安がある。 4 産後の休養や栄養の管理等、日常生活面について保健指導が必要である。 5 その他 ()					

裏面 同意欄記入

希望利用施設名	
世帯の区分	① 課税世帯 ②市民税非課税世帯 ③生活保護世帯
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 生活保護提供証明書 <input type="checkbox"/> 住民税非課税証明書（世帯全員分）
同意欄	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯構成については、新城市が調査を行うことに同意します。 ・世帯構成員の住民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む）について、新城市が調査することに同意します。 ・本申請書の内容を新城市産後ケア実施事業者を提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から新城市に情報提供することに同意します。
	署 名

（注）この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

※新城市記入欄

利用者負担	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（生活保護世帯 市民税非課税世帯 市長が特に必要と認めた世帯 ）
利用決定日	年 月 日
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
特記事項	