

紀の川市産後ケア事業利用申請書

（宛先）紀の川市長

次のとおり、紀の川市産後ケア事業の利用を申請します。 申請日 年 月 日

利用者 (母子)	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	住所	(〒 -)				連絡先（電話番号）		
						自宅： 携帯：		
	乳児氏名	年 月 日		出生日	年 月 日			
出産医療 機関名								
(利用者 は除く) 世帯 構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢		
区分	申請者（利用者）の世帯が以下に当てはまる場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 （ <input checked="" type="checkbox"/> のない場合は課税世帯とみなします。） ※下部の同意書の署名又は証明書類の提出をお願いします。							
申請理由 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい) 複数回答可	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい							
希望するサービス 利用先（優先順位）	宿泊型	1.	2.	3.				
	デイサービス型	1.	2.	3.				
	訪問型	1.	2.	3.				
同意欄 ※申請者（利用者）が記載してください。	情報提供、施設の利用、支払い及び税情報等の確認に関する同意書 (1)市が、実施施設に対し産後ケア事業の実施に当たり必要となる利用者及びその世帯員の情報等を提供すること及び実施施設がサービスの利用状況等を市へ情報提供することについて了承します。 (2)出産医療機関と実施施設が異なる場合、出産医療機関が実施施設に対し、継続したケアを行うために必要な情報等を提供することについて了承します。 (3)母子に医療行為が必要と判断された場合や利用日当日、実施施設の状況等により、利用が出来ない場合があることを了承します。 (4)実施施設によってはキャンセル料が必要な場合もあり、利用前に確認します。 (5)産後ケア事業の利用後に、公費負担額を除いた自己負担額等を実施施設に支払います。 (6)産後ケア事業の利用及び利用者負担額決定の審査に当たり、市が利用者及びその世帯員の情報や公簿等、事務処理に必要な情報を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等※を提供します。 年 月 日 氏名 (署名)							

※市民税非課税世帯としてサービスの利用を希望され、かつ、1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月までに申請する方は申請する年の1月1日現在において紀の川市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。