

## 荒尾市産後ケア事業利用申請書

荒尾市長 様

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

申請者（利用者）氏名

利用者	ふりがな			生年月日
	氏名			S H 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 ー 荒尾市 携帯番号 ( ー ー )		
	ふりがな			生年月日
	乳児氏名			R 年 月 日
	出産施設名		出生時体重 g	
	緊急連絡先	氏名 住所	利用者との続柄 ( ) 携帯番号 ( ー ー )	
利用を希望する医療機関等の名称				
利用区分	<input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> ショートステイ型			
予定利用期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日			
申請理由		希望する指導内容		
<input type="checkbox"/> 産後の心身不調がある <input type="checkbox"/> 育児に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 基本的な育児技術 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの健康状態チェック <input type="checkbox"/> その他 ( )		
世帯区分（該当する□に✓を付けてください。） <input type="checkbox"/> A 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> B 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> C 市町村民税課税世帯				
(1) 産後ケア事業利用申請の審査に当たり、必要な範囲で市が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 (2) 市が委託医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに同意します。また、委託医療機関等が市へ産後ケア事業の利用状況、健康状態等の情報を提供することに同意します。 (3) 利用プランの内容及び委託医療機関等に対して利用料を支払うことに同意します。 (4) キャンセルした場合に委託医療機関等への利用料の支払義務が発生したときは、利用料を支払うことに同意します。				
申請者（利用者）氏名				