

様式第1号（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

（あて先）掛川市長

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	フリガナ				生 年 月 日		
	氏 名				年 月 日（ 歳）		
	居 住 地	〒			電話番号（自宅 携帯 ）		
フリガナ				生 年 月 日			続 柄
乳 児 氏 名 （利用する乳児の名）				年 月 日			
出産医療機関名				出産日 （出産予定日）	年 月 日 （予定日 年 月 日）		
婚姻状況の確認	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
区 分	利用者と利用者の配偶者のうち、所得の多い人の課税状況を記入 <input type="checkbox"/> 市民税課税者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者						
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名 ）						
心理的・精神的 症状・既往歴等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状、病名等 ）						
家 族 の 状 況 （利用者は除く）	氏 名	続柄	年齢	性別	職業、学校名等		
利用希望 サービス区分	サービスの種類		利用予定			利用予定施設名	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 （ショートステイ）型		<input type="checkbox"/> 産後継続して利用 <input type="checkbox"/> 退院後利用 年 月 日 ～ 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 1日（4時間以上） <input type="checkbox"/> 半日（2～4時間以内）		<input type="checkbox"/> 退院後利用 年 月 日頃				
<input type="checkbox"/> 居宅訪問 （アウトリーチ）型		<input type="checkbox"/> 退院後利用 年 月 日頃					

申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 体調が不安	<input type="checkbox"/> 授乳が不安	その他
	<input type="checkbox"/> 育児が不安	<input type="checkbox"/> 支援が受けられない	
	<input type="checkbox"/> 育児方法を知りたい		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 利用者本人		<input type="checkbox"/> 利用者以外(下の欄に記入)	
フリガナ			利用者との間柄	
氏名				
住所	〒			
	電話番号			

施設利用に対する情報提供、税情報に関する同意

産後ケア事業の利用にあたり、必要となる利用者の情報等を実施施設に提供すること、実施施設がサービス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。

併せて、産後ケア事業利用の利用審査及び利用者負担額決定のため必要な市民税の課税状況、生活保護受給状況等について市が関係部署の公簿（世帯員分を含む。）、事務処理に必要な情報を提供・閲覧することに同意します。

氏名(自書) _____