

産後ケア事業利用申請書

相馬市長

申請者 住所
氏名
連絡先(電話)

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住所	(〒 -) (電話)		
	母の氏名		母の生年月日	年 月 日 (歳)
	児の氏名	(男・女) (第 子)	児の生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週
			出生体重	g
利用内容				
事業の種類 (希望する事業を○で囲んでください)		利用希望期間		市記入欄 自己負担額
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア(半日・1日)		年 月 日 (～ 年 月 日)		(あり・なし)
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア(半日・1日)		年 月 日 (～ 年 月 日)		(あり・なし)
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア(半日・1日)		年 月 日 (～ 年 月 日)		(あり・なし)
利用する理由(具体的に記入してください)				
(事業者等への情報提供等に関する同意) 申請書内容及び産後ケア利用に必要な情報を事業者等に情報提供することに同意します。 また、産後ケアの利用状況について、事業者等から市町村へ情報提供することに同意します。				

非課税世帯、生活保護世帯のは、自己負担額が免除されます。

自己負担額免除を希望される場合は、必要書類を添付し下記に記入してください。

非課税世帯 生活保護世帯

相馬市産後ケア事業の利用について、自己負担額免除の申請をします。

年 月 日 氏名

(添付書類)

※非課税世帯の方は、市町村民税を証明する書類を添付してください。ただし、裏面の同意欄に記入すれば、省略することができます。(相馬市で課税状況を確認できない場合は省略できません。)

※生活保護世帯の方、生活保護受給者証を添付してください。

※以下の欄は市が記載します。

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認
---------	-------	-------	-------	--------

