

産後ケア事業 利用申請書兼同意書

令和 年 月 日

(あて先) 富士宮市長

申請者 住所
氏名
電話
(利用者との続柄)

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者氏名	生年月日		年	月	日
利用者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と異なる場合のみ下記にご記入ください） 富士宮市 （電話番号： ）				
利用する 子氏名	男・女	出生時の体重	g	第	子
	男・女	出生時の体重	g	第	子
世帯の区分 該当番号に○を記入	1. 市民税課税世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 生活保護世帯				
出産施設名					
出産予定日 または出産日	年 月 日				
利用予定施設名					
利用希望日数	宿泊型	年 月 日 ~ 泊			
	デイサービス型	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	
		④ 月 日	⑤ 月 日	⑥ 月 日	
		⑦ 月 日	⑧ 月 日		
訪問型	① 月 日	② 月 日	③ 月 日		
		④ 月 日	⑤ 月 日		
	※訪問先住所が申請者と異なる場合のみ下記にご記入ください。 []				
申請理由 該当番号に○を記入	1. 産後の心身の回復に不安がある 2. 育児についての不安が高い 3. 退院後の日常生活について（沐浴や授乳など）指導を受けたい 4. その他 []				
同意欄	産後ケア事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、利用者及び世帯員の状況について、市が事務処理に必要な下記の情報を調査することに同意します。 1) 住民基本台帳 2) 市民税課税状況 3) 生活保護扶助状況 _____ 令和 年 月 日 氏名 _____				

(注) 1. 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。