

庄原市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

庄原市長 様

庄原市産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。

なお、私の所得状況及び住民基本台帳により世帯状況等を調査すること、申請書に記載のある情報を委託事業者へ情報提供すること及び委託事業者から利用後に事業実施報告書を市に提出することに同意します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 庄原市		
	電話番号		携帯電話	
緊急連絡先	氏名	続柄		
		電話番号		
ふりがな 乳児の氏名		出生体重	g (第 子)	
出産日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日	
出産医療機関等				
世帯区分 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	1: <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 2: <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
申請理由 該当するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	<input type="checkbox"/> 体調が良くない。 <input type="checkbox"/> 育児に不安がある。 <input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から勧められた。 <input type="checkbox"/> 近くに相談する人がいない。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
種別	希望日			
<input type="checkbox"/> 宿泊型	月 日～ 月 日 月 日～ 月 日 月 日～ 月 日 (日間*) *例：1泊2日であれば2日間			
<input type="checkbox"/> 日帰り型	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 (日間)			
<input type="checkbox"/> 訪問型	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 (日間)			
希望医療機関等				

添付書類

- ・母子健康手帳の写し
- ・生活保護世帯の場合 被保護者証明書
- ・市民税課税台帳記載事項証明書

市民税非課税世帯であって、申請日の属する年の1月1日時点で本市に住民票がない場合に必要です。4月から6月に申請する場合は前年度分、7月から3月に申請する場合は当年度分を提出してください。1月1日時点で住民票があった自治体で入手してください。