

八王子市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者 (産婦)	ふりがな		産婦生年月日	S・H 年 月 日	
	氏名		代理人 氏名		産婦との続柄
	住所	〒 八王子市			
	連絡先		緊急連絡先	電話番号	
	ふりがな		緊急連絡先	ふりがな	続柄
	子の名前		緊急連絡先	氏名	
子の生年月日	令和 年 月 日	第 子	多胎の場合 (人数)	2・3・4 人	
週数	週	出生体重	g	出産病院	
世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	備考
	1			S・H 年 月 日	
	2			S・H 年 月 日	
	3			S・H 年 月 日	
	4			S・H 年 月 日	
5				S・H 年 月 日	
申請理由 (右項目から選択)	1.産後に心身の不調があり、休養の必要があるため。 2. 育児等について、具体的な指導・助言を受けたいため。 3. 家族等から産後の援助を受けられないため。 4. その他（具体的に)				
右項目に同意 します。(同意する 場合は下記□に ○を入れる。)	・ 本申請書の内容を支援を行う者に対して提供することについて同意します。 ・ 支援を行う者から利用状況の報告を市が受けることについて同意します。 ・ (利用者負担額がある場合)サービス利用時又は事前に利用者負担額を 支払うことについて同意します。 ・ (利用者負担額の免除の希望がある場合)利用者負担額の免除に該当する ことを、市が保有する公簿等により確認することについて同意します。				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯				
子の状況	出生時の異常	無	受付印		
母の状況	妊娠中の異常	無			
	既往歴	無			
	内服中の薬	無			

様式第1号（第6条関係）

以下、市記入欄

産後ケアの利用が	<input type="checkbox"/> 妥当である	<input type="checkbox"/> 妥当でない	（担当者： ）
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	<input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書(同意書)	
住基の確認	<input type="checkbox"/>		
受付方法			
備考欄			