

# 八王子市産後ケア事業利用申請書

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 (妊婦又は産婦)	ふりがな			申請者 生年月日	年 月 日	
	氏名			代理人 氏名		
	住所	〒 八王子市				
	連絡先			緊急連絡先	電話番号	
ふりがな				ふりがな		
子の名前 (出産後の申請のみ)				氏名	続柄	
出産(予定)日	令和 年 月 日	第 子	多胎の場合 (人数)		人	
週数	週	出生時体重 (出産後の申請のみ)	g		出産(予定)病院	
世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	備考	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
申請理由 (特記事項など)						
右項目に同意します。(同意する場合は下記□に○を入れる。)		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>(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。</li> <li>(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。</li> </ul>				
世帯区分						
子の状況 (出産後の申請のみ)		出生時の異常	無・有			
申請者の状況		妊娠中の異常	無・有			
		既往歴	無・有			
		内服中の薬	無・有			
		出産時の異常 (出産後の申請のみ)	無・有			
供覧	課長・主幹	主査	主任	担当		
受付印						

様式第1号（第6条関係）

以下、市記入欄

産後ケアの利用が		(担当者: )	
添付書類		受付方法	
住基の確認	<input type="checkbox"/>		
備考欄			