

産後ケア事業利用申請書

本宮市長

申請者 住所 〒 -  
本宮市

氏名

(利用者との関係: )

電話番号

本宮市産後ケア事業の利用を下記のとおり申請します。また、申請内容について利用施設等に情報を提供することに同意します。

記

申請者 (利用者)	フリガナ 氏名				生年月日	年 月 日
	フリガナ 子の氏名		男・女	第 子	生年月日	年 月 日
出産 (予定) 施設					母子健康手帳番号	
出産 (予定) 年月日		年 月 日	退院 (予定) 年月日		年 月 日	
利用施設等						
過去の利用の有無		無 ・ 有 (ショースティ: 泊 日・デイケア: 日)				
利用 内容	事業の種類 (希望事業を○で囲む)			利用希望日		
	第一希望	ショースティ・デイケア		年 月 日 (~ 年 月 日) 計 日間		
	第二希望	ショースティ・デイケア		年 月 日 (~ 年 月 日) 計 日間		
申請理由 (該当項目に○を付けてください)						
母体の健康 ・ 休養 ・ 母乳の管理 ・ 育児相談 ・ 産後の生活 ・ その他 ( )						
乳児の健康 ・ 発育 ・ 発達 ・ 栄養 ・ 清潔 ・ 衣服 ・ 環境 ・ その他 ( )						
備 考						

※市民税非課税世帯又は生活保護世帯の方で自己負担金の免除を希望する方は、下記に記入してください。

<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 本宮市産後ケア事業の利用について、自己負担金の免除を申請します。 また、市長が上記の決定に必要な住民基本台帳、市民税の閲覧(世帯全員)又は生活保護受給状況について確認することに同意します。 _____年 月 日 氏名(署名) _____
--

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

(裏面)

【市記入欄】

内容	状況	担当課確認者
市町村民税課税状況	課税世帯 ・ 非課税世帯	
生活保護受給状況	有 ・ 無 受給開始日： 年 月 日	
主管課申請受付者		