

下野市長 様

申請者 住所

氏名

(利用者との続柄: )

電話番号

下野市産後ケア事業利用申請書

下野市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請いたします。

申請の種類	1. 新規		2. 継続(利用状況: )					
住所	〒 下野市		電話番号					
フリガナ		生年月日		食物等アレルギー				
産婦氏名		年 月 日生 ( 歳)		有 ( ) ・無				
フリガナ		生年月日	出生体重	食物等アレルギー				
子の氏名	男・女	年 月 日	g	有 ( ) ・無				
フリガナ		生年月日	出生体重	食物等アレルギー				
子の氏名	男・女	年 月 日	g	有 ( ) ・無				
緊急連絡先	氏名(利用者との関係)		( )					
	電話番号(日中夜間の連絡先)							
出産(予定)施設名		利用希望施設名						
利用する理由	1 出産後の身体回復に不安があるため    2 育児について不安があるため 3 日常について不安があるため         4 その他 ( )							
利用希望内容	宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日)						
	通所型 (1日)	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	通所型 (半日)	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
訪問型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
家族状況	続柄	氏名	年齢	職業	備考			
世帯の状況	一般世帯    市町村民税非課税世帯    生活保護受給者世帯							
※ 裏面の同意欄を確認の上、利用者氏名(自署)の記入をお願いいたします。								

※ 同意欄

- 1 利用者の住民基本台帳を調査すること。
- 2 利用者の属する世帯が市民税非課税世帯又は生活保護受給者世帯に該当するか調査すること。
- 3 委託機関に本人申請書に記載された内容等を提供すること。
- 4 医療行為が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。
- 5 委託機関利用時に利用者負担金を委託機関に支払うこと。
- 6 指定の期日を過ぎて利用日を変更し、又は利用を中止する場合にも、利用者負担金が発生すること。
- 7 乳児全戸訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況について関係部署に情報提供すること。

私は、下野市産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。

利用者氏名（自署）

【担当者記入欄】

受付印	[住民票確認]	年	月	日
	[世帯区分]	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 一般世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者世帯	
	<input type="checkbox"/> 利用相談日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 委託機関との調整	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 申請書受理日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 利用決定	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 決定通知書送付	年	月	日