

## 産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

天理市長様

(〒 - )

申請者

住所

氏名

連絡先 ( - - )

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様（省略可）（〒 - ） 天理市		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様（省略可）	
	母の氏名			生年月日	昭和・平成	年 月 日
産前の方	妊娠週数	( )週 ※申請は34週以降 単胎・多胎 ( 人)		予定日	令和	年 月 日
産後の方	出生体重	g		出産病院		
	在胎週数	週 日		健康状態		
	子の氏名			生年月日	令和	年 月 日
緊急連絡者	続柄 ( )			電話番号	- -	
世帯構成 (母子以外)	氏名			続柄	生年月日	
世帯区分	(1) 生活保護世帯 ※ (2) 市民税非課税世帯 ※ (3) (1)(2)以外の世帯 ※ 証明書の提出が必要な場合があります					
希望する項目	1. 授乳についての相談（乳房手当・授乳方法・赤ちゃんの発育発達の確認等） 2. 育児に関する相談（赤ちゃんのお風呂や着替え等身の回りのお世話全般について） 3. 休養、お母さんの産後の体調の相談 4. その他 ( )					
希望するサービス (予定)			利用希望日時（予定時期）	日（泊）数	利用希望施設	
	ショートステイ					
	デイサービス					
同意欄	1. 利用者負担額に係る市民税課税状況を確認するため住民基本台帳および市民税情報を閲覧すること。 また、それにより確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提供すること 2. 本事業の利用にあたり委託事業者に必要な個人情報を提供すること、及び実施施設がサービスの利用状況等を市へ情報提供すること 3. 利用日当日、実施施設の状況等により、利用ができない場合があること 4. 母子に医療行為が必要と判断された場合、当事業が利用できなくなること 5. 産後ケア利用後に公費負担額を除いた自己負担金・食費等を施設に支払うこと 6. ショートステイ5泊、デイサービス5日を超えて利用した場合、施設で定められた金額を全額自己負担で支払うこと 7. 期日までに変更・キャンセルの連絡をしなかった場合、定められたキャンセル料を施設に支払うこと 上記1～7に同意します。 年 月 日 申請者氏名					
備考						

※職員記入欄 ( )	利用者番号 R - <input type="checkbox"/> 前年度利用 有・無	住基確認 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 妊娠中（34週以降）
	課税状況確認 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	多胎加算 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 人)
	世帯区分 <input type="checkbox"/> A（生活保護・非課税世帯） <input type="checkbox"/> B（A以外）	加算区分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )