

(様式第1号)

南国市長 様

令和 年 月 日

南国市産後ケア事業利用申請書

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
利用者氏名	㊟		平成			
住所	南国市					
電話番号	携帯(本人)		-	-		
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話(携帯)	-	-	
出産(予定)日	令和		年	月	日	
出産医療機関						
申請理由(具体的に記入してください)	<input type="checkbox"/> 家族から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児不安がある(育児方法や授乳、体重の増えが心配 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> その他()					
利用したい事業の区分	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
※担当者記入欄	承認の要否 : 承認 ・ 不承認					非課税・生活保護確認
	自己負担区分 : 市民税課税世帯					
	承認通知書送付日 : 令和 年 月 日					

上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請いたします。なお、この申請にあたり世帯の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。

また、委託先へ申請事項等の記載内容を情報提供すること、本事業の利用状況等を今後の母子保健事業に活用していくことに同意します。

申請者住所 _____ 世帯員の同意 _____ ㊟
申請者氏名 _____ ㊟
電話番号 _____ ㊟

※申請が産後の場合、世帯構成には出生児名も記入してください。

※所得状況は前年の所得(1月から6月までの申請は前々年の所得)を確認します。市の台帳で確認できない場合は、別途世帯の所得証明書等の資料の提出を求めることがありますので、ご了承ください。

所得証明書等の資料提出は行わず、市民税課税世帯として申請します。

*母子のいずれかが感染性疾患に罹患または、母親に心身不調や疾患により治療が必要な場合、利用をお断りする場合があります。