

産後ケア事業利用申請書

(宛先) 四日市市長

		申請日	令和	年	月	日
申 (妊 産 婦 者)	住所	(〒 -) 四日市市				
	氏名	(自署)				
	電話番号					

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

- (1) 利用にあたっては、利用回数に応じた自己負担額を施設へ支払います。
- (2) 申請に基づき、四日市市が住民基本台帳による世帯状況、税情報等を確認すること、申請内容について利用施設等に情報提供することおよび利用後に実施報告書が市へ提出されることに同意します。

利用 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> ()				
	(フリガナ) 妊婦/産婦 の氏名	()	生年月日	年 月 日		
	(フリガナ) 子の氏名	()	生年月日	年 月 日		
		(第 子)	在胎週数	週	出生体重	g
	(フリガナ) 子の氏名	()	生年月日	年 月 日		
	(第 子)	在胎週数	週	出生体重	g	
出産施設名						
37週未満の出産		出産予定日 年 月 日				
利用種別 利用期間	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型	(↓ 申請日から)		(↓ お子さんの誕生日の前日まで)		
	<input checked="" type="checkbox"/> デイケア型	年 月 日 ~		年 月 日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	※37週未満の出産の場合は出産予定日の前日まで				
利用希望施設	<input type="checkbox"/> デイケア型 () () <input type="checkbox"/> 宿泊型 () () ※この欄への記載は不要です					
申請理由 (特に心配なこと)	<input type="checkbox"/> 出産後、身体面での不調がある <input type="checkbox"/> 出産後、精神面での不調がある <input type="checkbox"/> 育児や日常生活についての不安がある <input type="checkbox"/> その他 () ※この欄への記載は不要です					
自己負担額 (1日あたり)	<input type="checkbox"/> 有 (訪問型1,200円 / デイケア型2,000円 / 宿泊型3,000円) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 1.住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 2.生活保護法による被保護世帯) ※ 2 に該当するときは、被保護世帯であることが分かる書類(写)を添付してください。					

- 【注】 1. この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
 2. 申請者の氏名欄へは、申請者が署名してください。

産婦AC		<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> 修正月齢	<input type="checkbox"/> 訪 (/) 助産師()
受付担当者		<input type="checkbox"/> デ1 (/)	<input type="checkbox"/> デ2 (/)	<input type="checkbox"/> デ3 (/)	<input type="checkbox"/> デ4 (/)
		<input type="checkbox"/> 宿1 (/)	<input type="checkbox"/> 宿2 (/)	<input type="checkbox"/> 宿3 (/)	<input type="checkbox"/> 宿4 (/)
					処理欄 /