

申請者 住所 香美市

氏名 (利用者との続柄)

電話番号

下記のとおり、香美市産後ケア事業の利用を申請します。なお、この申請にあたり市民税の課税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、本事業の実施者に申請事項等の記載内容を情報提供すること、本事業の利用状況を香美市の母子保健事業に活用していくことに同意します。

ふりがな 利用者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	香美市				
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	☐ 出産後の体調について不安や相談がある ☐ 乳房の手当や授乳についての相談がある ☐ 育児についての不安や相談がある ☐ その他 ()				
希望の事業区分	☐ 宿泊型 ☐ 通所型 ☐ 訪問型				
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	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
※担当者記入欄	決定内容： 承認 ・ 不承認 通知書送付日： 年 月 日 自己負担額： 訪問型 1 回につき 円 宿泊型 1 泊目 円 2 泊目以降 円				

※世帯の区分は、当該年度の市民税（4 月から 6 月までの利用にかかる申請は前年度市民税）の状況を確認します。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を求めることがありますのでご了承ください。

※母子のいずれかが感染症疾患にり患または、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。