

各務原市産後ケア事業利用申請書

（宛先）各務原市長

申請者 住 所
 （利用者）氏 名
 電話番号
 緊急連絡先 氏名 （続柄）
 電話

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			
	氏 名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
	子の氏名	(ふりがな)		
		(ふりがな)		
出 産 日	年 月 日	出産施設名		
利用日	宿泊型			
	通所型			
	訪問型			
利用希望施設				
必要とするケアの内容 （該当する項目に○をつけてください。）	1. 母親と新生児に対する保健指導及び授乳指導（乳房マッサージを含む。） 2. 母親の療養上の相談又は支援 3. 母親及び乳児に対する保健指導 4. 母親の心理的ケア又はカウンセリング 5. 育児の方法についての具体的な指導又は相談			
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他			
添付書類	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書（世帯員全員分）※1 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書※2 <input type="checkbox"/> なし ※1 1月1日現在、本市に住居登録がない市町村民税非課税世帯の方 ※2 本市で確認できる場合を除く			

※裏面もご記入ください。

<利用者 同意欄>

- ・産後ケア事業の申請内容及び実施内容を本事業実施事業者と情報共有すること
- ・市民税の課税状況及び生活保護の受給状況について、各務原市が照会・確認すること

上記に同意します。

(利用者) 氏名 _____

(世帯員) 氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____