

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

横手市長 様

申請者 住所
氏名
電話

産後ケア事業を利用したいので、横手市産後ケア事業要綱第7条の規定により次のとおり申請します。
本事業の審査に必要な範囲で、受託先への情報提供を行うことに同意します。

利用者	住所				
	ふりがな		生年月日		
	母の氏名				
	ふりがな		生年月日		
	子の氏名				
出産（予定）施設名		出産（予定）年月日	年	月	日
利用施設名 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 平鹿総合病院（宿泊型）		<input type="checkbox"/> 市立横手病院（宿泊型）		
	<input type="checkbox"/> 池田産婦人科クリニック（宿泊型）		<input type="checkbox"/> 池田産婦人科クリニック（日帰り型）		
	<input type="checkbox"/> 産前産後ケアハウス poco a poco(日帰り型)		<input type="checkbox"/> ふじ産婦人科・内科（日帰り型）		
利用日	年 月 日 ~ 年 月 日				
申請理由（該当する項目に○をつけてください）	1.家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないため				
	2.産後に心身の不調または育児不安等があるため				
	3.その他の理由				
	()				
世帯構成	世帯員名	続柄	生年月日	職業	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
世帯区分（該当する場合のみチェック）	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		

添付書類

- 生活保護受給者は「緊急時医療依頼証」の写し
- 市民税非課税世帯の方は「非課税世帯証明書」

收受印	決定年月日	年 月 日
		承認No. ・不承認