

糸島市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

糸島市長 様

申請者 住所
氏名
(署名又は記名押印)
電話番号

下記のとおり、糸島市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	(ふりがな) 母の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	糸島市		電話番号	(自宅) — — (携帯) — —	
	緊急連絡先	氏名		申請者 との関係	電話 番号	
		住所	(利用者と住所が異なる場合のみ記入)			
	出産 (予定) 日	年 月 日		出産(予定) 施設名		
	アレルギー の有無	※ショートステイ利用者のみ記入(利用中に食事が出ますので、記入してください。) 無 ・ 有 ()				
	(ふりがな) 子の氏名			第 子 出生時体重 g	妊娠 期間	週 日
		第 子 出生時体重 g				
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯		<input type="checkbox"/> 非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
利用 希望	サービス区分	利用希望開始日			利用希望施設 (<input type="checkbox"/> 未定)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 (ショートステイ)	年 月 日 (泊 日)				
	<input type="checkbox"/> 訪問型 (アウトリーチ)	年 月 日				
申 請 理 由	1. 母親並びに乳児の身体的ケア及び保健指導、栄養指導 2. 母親の心理的ケア 3. 適切な授乳が実施できるためのケア(乳房ケア含む) 4. 育児の手技についての具体的な指導及び相談 5. 生活の相談、支援 6. その他必要とする保健指導 ()					
①世帯状況及び利用者負担額に係る市民税課税状況を確認するため、糸島市が利用者の属する世帯の住民基本台帳及び市民税情報を閲覧すること。 ②産後ケア事業の利用に当たり、糸島市が委託事業者に対して必要な個人情報(本利用申請書等)を提供すること及び委託事業者が糸島市に対して必要な個人情報を提供すること。 ③産後ケア事業実施施設へ利用者負担額を支払うこと。 ④本事業利用後も糸島市による切れ目のない支援のため、電話訪問や家庭訪問を受けること。 ⑤本事業の利用を中止する場合、前々日の16時までに連絡がなかった場合、キャンセル料として利用者負担額を支払うこと。 上記①～⑤に同意します。 年 月 日 利用者氏名 _____						

※糸島市記載欄

申請結果	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認	
利用者負担額世帯区分	<input type="checkbox"/> A:課税世帯	<input type="checkbox"/> B:生活保護世帯・市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> C:特例世帯