

喜多方市産後ケア事業利用申請書

喜多方市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
連絡先(電話)

下記のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。(太枠内をご記入ください)

利用者	ふりがな 母の氏名		母の 生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -) (電話)		
	ふりがな 児の氏名	(男・女) (第 子)	児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			出生体重	g
利用内容	事業の種類 (希望する事業を○で 囲んでください)	利用希望期間		利用を希望する施設 (利用医療機関等)
	宿泊ケア 日帰りケア (1日型 / 半日型) 訪問ケア	(~ 年 月 日) 合計 日間		
	宿泊ケア 日帰りケア (1日型 / 半日型) 訪問ケア	(~ 年 月 日) 合計 日間		
申請理由(該当項目に○をしてください)				
1 心身状態の回復 2 授乳介助(乳房ケア含む) 3 育児手技の習得 4 その他 その他の理由がある場合は記入してください。 ()				
(利用医療機関等への情報提供等に関する同意) ※同意する場合、☑を入れてください。 申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を、利用医療機関等に情報提供することに同意します。 ☐ また、産後ケアの利用状況について、利用医療機関等から市町村へ情報提供することに同意します。 ☐				

※所得区分に応じて利用料が表のとおり適用されます。

所得区分	非課税世帯	生活保護世帯	その他の世帯
利用料	負担なし	負担なし	全額負担

非課税世帯、生活保護世帯の方で、利用料の免除を希望する場合は、下記を記入してください。

非課税世帯
 生活保護世帯
喜多方市産後ケア事業の利用について、利用料免除の申請をします。
年 月 日
氏名

※非課税世帯の方は、市町村民税を証明する書類を添付してください。ただし、裏面の同意欄に記入すれば、省略することができます。(喜多方市で課税状況を確認できない場合は省略できません。)

※生活保護世帯は、裏面の同意欄に記入してください。

※以下の欄は市町村が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------

同意書

<非課税世帯用>

市町村民税を証明する書類を持参いただくか、下記の同意欄に記入してください。

なお、1月1日時点で喜多方市民でない方(世帯員含む)は、市町村民であることを証明する書類をご持参ください。

産後ケアの利用料免除の申請にあたり、喜多方市が申請者(産後ケア利用者)と生計を同一とする者に係る市民税の閲覧を行うことに同意します。

	年	月	日
申請者氏名			
住所			
生年月日			申請者との続柄
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()
世帯員氏名	年	月	日 ()

<生活保護世帯用>

産後ケアの利用料免除の申請にあたり、喜多方市が申請者(産後ケア利用者)の生活保護受給状況を確認することに同意します。

	年	月	日
申請者氏名			
住所			