

産後ケア事業利用申請書

福生市長 宛て

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	福生市		
	連絡先			
	多胎の場合 (○をする。)	2人 ・ 3人 4人 ・ 5人	出産予定日	
	ふりがな 子の名前		出産日	
	子が治療のために出生後から継続して入院した場合、その入院期間又は退院日			
緊急連絡先	ふりがな 氏名		申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (<input checked="" type="checkbox"/> を入れる。)
	連絡先			
利用を希望する事業の 類型(<input checked="" type="checkbox"/> を入れる。)	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（アウトリーチ）型			
利用者負担額の免除の 希望がある場合の理由 (<input checked="" type="checkbox"/> を入れる。)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <small>免除に該当することが確認できる証明書類を添付してください。 ※市が保有する公簿等により確認することができる場合は、証明書類の添付を省略できます。</small>			
同意事項 (同意する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる。)	<input type="checkbox"/> 利用者負担額の免除に該当することを、市が保有する公簿等により確認することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 私の情報を支援を行う者に対して、産後ケア事業に必要な範囲で市が提供することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 支援を行う者から利用状況の報告を市が受けることについて同意します。 <input type="checkbox"/> サービス利用時に利用者負担額を支払うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 利用日時時点で市に住民登録がないことが判明した場合及び市が定める利用期間、回数を超過した場合には全額自己負担となることに同意します。			