様式第1号（第6条関係）

村上市産後ケア事業利用承認申請書

（あて先）村上市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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  （満　　　　歳） |
| （ふりがな）  子の氏名 |  | 子の生年月日  （予定日） | 年　　月　　日 |
| 住所  電話 | 〒  村上市  日中連絡の取れる電話番号 | | |
| 出産施設名 | |  | 退院(予定)日 | 年　　月　　日 |
| 産後ケア事業希望施設名 | |  | | |
| 利用希望期間 | | 年　　　　月　　　　日～　　　年　　　月　　　日まで　（　　　日間） | | |
| 家族などの状況 | | □家族等が遠方である　　□家族等が仕事等で不在で援助が難しい  □家族等が疾病などで援助が難しい  □その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 申　請　理　由 | | □心身の不調（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □育児に不安（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【同意書】私は、村上市産後ケア事業を利用するにあたり、次の事項について同意します。  申請者氏名（自署）  １　利用者負担額決定のため、世帯の住民基本台帳及び課税状況や生活保護受給の有無を確認すること。  ２　１により確認ができない場合は、別途世帯全員の課税証明書又は非課税証明書等の資料を提出すること。  ３　養育状況等の照会に回答すること。  ４　母子保健サービスにおける利用者支援のために、申請者及び乳児の情報を医療機関と共有すること。  ５ 利用者負担金を必ず支払うこと。 | | | | |

委託医療機関等の意見

　年　　　月　　　日

医師名又は助産師名

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 | 年　　　月　　　日 | 決定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 課税区分 | □生活保護世帯　　　　□非課税世帯　　　　□左記以外の世帯 | | |