

村上市産後ケア事業利用承認申請書

（宛先）村上市長年 月 日

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (利用者)	母の氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名		生年月日	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				
申請理由		☐ 心身の不調 ☐ 育児に不安 ☐ その他（ ）		
利用内容		名 称		
		利用期間	年 月 日から 年 月 日	
		種 別	☐ 短期入所型 ☐ 通所型 ☐ 居宅訪問型	
		名 称		
		利用期間	年 月 日から 年 月 日	
		種 別	☐ 短期入所型 ☐ 通所型 ☐ 居宅訪問型	
		名 称		
		利用期間	年 月 日から 年 月 日	
		種 別	☐ 短期入所型 ☐ 通所型 ☐ 居宅訪問型	

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市が必要と認めるときは、調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
利用に当たっては、利用日（回）数に応じた自己負担額を医療機関等に支払うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり、要件に該当しなかった場合には、支払った助成額を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

- ☐ 母子健康手帳の写し
- ☐ 生活保護受給世帯である場合は被保護者証明書
- ☐ その他市長が必要と認める書類