

射水市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

射水市長 あて

(申請者) 住 所

氏名

(利用者との関係)

射水市産後ケア事業を次のとおり利用したいので、申請します。

※太枠内を記入又は、該当する項目にチェックしてください。

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	射水市		
日中連絡可能な 電話番号			
緊急連絡先氏名と 利用者との関係	()	緊急連絡先 電話番号	
出産日	年 月 日	在胎週数	週
出産医療機関			
フリガナ 子の氏名	男・女 (第 子)	出生体重	g
フリガナ 子の氏名	男・女 (第 子)	出生体重	g
利用内容	☐ 宿泊型 ☐ 日帰り型 ☐ 訪問型		
申請理由	☐ 産褥期の身体等の回復について不安があるため ☐ 育児について不安があるため ☐ 産後の休養、栄養面等生活面での支援を希望するため ☐ その他 ()		
減免の申請 (右記に該当する場合)	☐ 生活保護世帯 (保護に関する決定通知書の写しを添付してください) ☐ 市民税非課税世帯 (前年度の所得証明書を添付してください)		
事務処理欄 (市が記入しますので 記入しないでください)	☐ 市内に住所を有する ☐ 産後4か月未満の産婦及び乳児 (日帰り型・宿泊型の場合) ☐ 子どもが1歳になる前日までの母親及び乳児 (訪問型の場合) ☐ 家族、親族等から十分な産後の援助が受けられない ☐ 母が精神的に不安定である者 ☐ 母に体調不良または育児不安等がある者 ☐ 安定的な養育が困難な者 ☐ その他支援を必要と認める者		

※産後ケア事業利用にあたり、申請の内容やその他利用者の情報を、市と委託医療機関が情報を共有します。