

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	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
申請理由	<input type="checkbox"/> 産褥期の身体等の回復について不安があるため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため <input type="checkbox"/> 産後の休養、栄養面等生活面での支援を希望するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
減免の申請 (右記に該当する場合)	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 市内に住所を有する <input type="checkbox"/> 産後4か月未満の産婦及び乳児 (日帰り型・宿泊型の場合) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 家族、親族等から十分な産後の援助が受けられない <hr/> <input type="checkbox"/> 母が精神的に不安定である者 <input type="checkbox"/> 母に体調不良または育児不安等がある者 <input type="checkbox"/> 安定的な養育が困難な者 <input type="checkbox"/> 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。

※本申請をもって、審査に必要な範囲で世帯収入等を調査及び確認します。

