

神栖市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との関係 )  
電話番号

神栖市産後ケア事業利用申請書

神栖市産後ケア事業実施要項第6条又は第8条の規定により下記のとおり申請します。

記

利用者住所	神栖市	電話番号
利用者(産婦)	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 ( 歳)
利用者(子)	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
	性別 男・女(第 子)	出産施設名
	出生体重 g	退院(予定)日 年 月 日
利用希望種別 (利用を希望する種別に☑を記入してください)		
種別	利用希望日	利用希望施設
<input type="checkbox"/> 短期入所型	年 月 日 ~ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 ~ 年 月 日	
種別	利用希望日	訪問先の住所 (県内のみ)
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用者住所と同一 <input type="checkbox"/> その他 (茨城県 )
申請理由	該当するものに☑を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 産後において情緒不安定がある、又は産後の体調不良等により休養が必要な状態 <input type="checkbox"/> 育児指導や支援が必要な状態 <input type="checkbox"/> その他( )	
利用区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>母子健康手帳</li> <li>市民税非課税世帯の場合は、世帯員全員が非課税であることが分かる証明書(課税証明書等)</li> <li>生活保護受給の場合は、生活保護受給証明書</li> </ul>	
<p>私及び私の世帯員に関する「住民登録」について、当該事業の所管職員が確認することに同意します。併せて市が保有する必要な情報を産後ケア事業を実施する医療機関等及び茨城県助産師会に所属する助産師（以下「産後ケア事業実施医療機関等」という。）に提供し、神栖市が産後ケア事業実施医療機関等から必要な報告を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>		