

様式第1号（第5条関係）

小郡市産後ケア事業利用申請書

小郡市長 あて

母子健康手帳 No.

次のとおり小郡市産後ケア事業の利用を申請します。

年	月	日
---	---	---

申請者 (利用者本人)	(ふりがな) 母の氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)			
	住 所	小郡市		電話番号			
	緊急連絡先	氏名		申請者との 関係		電話番号	
		住所	(申請者と住所が異なる場合のみ記入)				
	出産(予定)日		出産(予定)施設名				
(ふりがな) 子の氏名	()	第 子	出生時 身長 体重	cm g	妊娠期間	週 日	
	()	第 子	出生時 身長 体重	cm g			
希望するサービス	利用希望日				利用開始時刻	利用終了時刻	
<input type="checkbox"/> ショートステイ	年 月 日 ~ 年 月 日				:	:	
	年 月 日 ~ 年 月 日				:	:	
	年 月 日 ~ 年 月 日				:	:	
<input type="checkbox"/> デイサービス	年 月 日				:	:	
	年 月 日				:	:	
	年 月 日				:	:	
	年 月 日				:	:	
	年 月 日				:	:	
<input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日				:	:	
	年 月 日				:	:	
利用希望施設							
特に利用を希望する項目	1. 産後の母体管理及び生活面の保健指導 2. 乳房ケア 3. 沐浴、授乳等の育児指導 4. その他の保健指導 ()						
利用申請理由 (特に心配なこと)	アレルギー：有 () ・ 無						
同 意 欄							
①世帯状況及び自己負担額に係る市民税課税状況を確認するため、小郡市が申請者が属する世帯の住民基本台帳及び市民税情報を閲覧すること。 ②産後ケア事業の利用に当たり、小郡市が委託事業所に対して必要な個人情報（本利用申請書等）を提供すること及び委託事業所が小郡市に対して必要な個人情報を提供すること。 ③産後ケア事業実施施設へ自己負担額を支払うこと。							
上記の①、②、③に同意します。 年 月 日 申請者氏名							

※小郡市記入欄

世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	世帯員課税情報確認
	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 公的機関の発行する手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	小郡市 受付者 ()