

## 東大和市産後ケア事業利用登録申請書

東大和市長 殿

申請番号

申請日 年 月 日

申請者 続柄( )

東大和市産後ケア事業に利用登録したいので、次のとおり申請します。

※太枠の項目を利用者本人が記入ください。

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
利用者氏名			( 歳)
住所	東大和市		
電話番号	自宅 — — 携帯 — —	緊急連絡先 氏名(続柄)	— — ( )
出産(予定)日	令和 年 月 日(第 子)	出生体重	g
フリガナ		出産(予定) 医療機関	
乳児氏名			
利用種類	短期入所型 (ショートステイ) 通所型 (デイサービス)	【対象】産後1年未満の母親及び乳児	
利用申請理由 (✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 十分な支援を受けられないため <input type="checkbox"/> 体調不良のため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため <input type="checkbox"/> 授乳方法・手技に不安があるため <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )		
利用者負担額の 免除の希望があ る場合の理由 (✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯 ※免除に該当することが確認できる証明書類を添付してください。 ※課税情報が東大和市の公簿で確認できる場合は、所得証明書の提出は不要です。 (同意書の提出が必要です。)		
同意欄	この申請にあたり、下記のことについて同意します。 1 産後ケア事業を利用するため、受託事業者と必要な範囲内で情報共有すること。 2 切れ目のない支援のために、利用時の状況について市内関係部署及び関係機関に情報提供すること。 署名 _____		

※市確認欄	承認決定日 ( . . )
※面接者確認欄	<input type="checkbox"/> 利用方法の確認 <input type="checkbox"/> キャンセル料等別チラシの説明 <input type="checkbox"/> 施設チラシ配布 <input type="checkbox"/> アレルギー聴取 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 申請時期: <input type="checkbox"/> 妊娠中(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 出生後( か月)
※事務確認欄	<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 世帯区分 (市民税課税世帯・非課税世帯・生活保護等受給者世帯・中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯)