

安城市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

安 城 市 長

安城市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

つきましては、以下の情報を関係機関へ提供すること並びに利用者の健康状態等について実施機関から市に情報提供すること並びに事業利用後に市が母子支援を行うことに同意するとともに、安城市産後ケア事業の利用に係る審査のため住民基本台帳情報等を閲覧することを承諾します。

ふりがな			
申請者氏名	⑩ (自署の場合押印不要)	生年月日	年 月 日
ふりがな			
児の氏名※ ¹		出産日※ ²	年 月 日
申請者住所	安城市		
電話番号	— —	利用料 免除※ ³	該当 ・ 非該当
利用希望区分	宿泊 ・ 日帰り ・ 短時間 ・ 訪問		
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		
利用希望機関	碧助産院 ・ ひまわり助産院 ・ みく助産院 出張専門助産院 hahako ・ KARIN 助産院 ・ 出張専門助産院 kotori 安城更生病院 ・ 八千代病院 ・ ジュンレディースクリニック安城 ビーチバブルクリニック ・ りこ助産院 ・ しほ助産院 岡村産科婦人科 ・ 山田産婦人科 ・ フェアリーヘルクリニック		
申請理由 (あてはまるものに すべて○)	1. 産後に心身の不調等がある 2. 産後に育児不安等がある 3. その他 ()		
事務処理欄	利用予定連絡票 (妊娠中)	送付日 :	
	利用決定連絡票・通知書 (出産後)	送付日 :	

※ 1 出産前の場合は記入不要

※ 2 出産前の場合は予定を記入

※ 3 利用料免除に該当する者は、市民税非課税世帯、生活保護受給世帯です。

該当の場合は、別紙「個人負担金の決定に関する届出書」の記入が必要です。