第１号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者 → 福山市）

福山市産後ケア事業利用申請書

　　年　　月　　日

福山市長　様

福山市産後ケア事業実施要綱に基づき，サービスの利用について，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（利用予定者） | ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 産婦の名前 |  |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 乳児の名前 | 　　　　　　　　　（第　　　子） |
| 住　　　所 | 〒　　　　－福山市　　　　　　 |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 出産（予定）日 | 　　　　　年　　　 月　　　 日 | 退院（予定）日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 配偶者 | ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 名　　　前 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　－福山市　　　　　　 | 電話番号 |  |
| 階 層 区 分該当するものに☑を記入してください。 | □　生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯　　□　市町村民税課税世帯 |
| 申 請 理 由 | □　産後ケア事業（訪問型ケア）の利用希望がある |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望するサービス | 利用希望開始日 | 希望日数 |
| 訪問型ケアサービス | 　　年　　　月　　　日　 | 日間 |

※出生届出後，申請してください。

|  |
| --- |
| **（同意欄）**当申請書に記載のある情報を委託事業者に提供すること，私が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳で調査・確認すること，自己負担額の決定に当たって私が属する世帯の生活保護受給の有無を調査・確認すること，私及び配偶者の市民税課税状況を市民税課税台帳で調査・確認することについて同意します。また，利用日の前々日の午後５時を過ぎて，サービスの利用日を変更又は中止する旨を利用医療機関等に連絡した場合又は連絡することなく利用を中止した場合，福山市産後ケア事業実施要綱別表２に定める額を利用医療機関等に支払うことについて同意します。なお，これらは，私の属する世帯の世帯員の承諾を得ています。　　　　　　　　　　申請者（利用予定者）名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |