

福山市産後ケア事業利用申請書（日帰り型・訪問型）

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、事業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 産婦の名前		生年月日	年 月 日
	住 所 電 話 番 号	〒 福山市 電話：		
	出産日等	いずれか1つに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 出産予定日 <input type="checkbox"/> 出産日 <input type="checkbox"/> 流産・死産日    年 月 日		
	ふりがな 乳児の名前	多胎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（    人：全員の名前を記入してください。）		
配偶者	ふりがな 配偶者の名前		生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別居		
緊急連絡先		電話：	ふりがな 名前：	申請者との関係 (    )
利 用 実 績		<input type="checkbox"/> 今回の出産後に、産後ケア事業を利用した。 <input type="checkbox"/> 今回の出産後に、産後ケア事業を利用していない。 ・利用可能日数は最大7日(多胎は最大10日)までです。 ・利用済み日数を差し引いて、残日数を決定します。 ・利用日数や、希望する型の確認のために電話をさせていただく場合があります。		

※未婚・離婚等で配偶者不在の場合は、配偶者欄は空欄で提出してください。  
※出産前に申請する方及び、流産・死産後に申請する方は、乳児の名前は空欄で提出してください。

**【同意書】**

産後ケア事業を利用するに当たり、次のことに同意します。

☐ 当申請書に記載のある情報について、必要に応じて委託事業者に提供すること。

☐ 利用予定日の前々日の午後5時を過ぎて、利用日を変更又は中止する旨を委託事業者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に定めるキャンセル料を委託事業者に支払うこと。

☐ 資格審査のために必要な範囲内で、市が保有する申請者及び世帯員に係る次の個人情報等を確認すること。

1 住民票に記載されている情報    2 生活保護受給に関する情報    3 市町村民税に関する情報

申請者名前 \_\_\_\_\_ ㊞ (自署の場合は押印不要)