

別 記

第 1 号様式 (第 6 条)

産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

(あて先) 印西市長

申請者 住 所

氏 名

(続柄)

電話番号

印西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。

ふりがな 利用者(産婦)氏名		生 年 月 日	年 月 日
利用者電話番号		出産(予定)日	年 月 日
ふりがな 児の氏名		分娩(予定)施設	
利用区分 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型		
短期入所型希望施設	第 1 希望	第 2 希望	
通所型希望施設	第 1 希望	第 2 希望	
居宅訪問型希望施設	第 1 希望	第 2 希望	
利用希望日 ※未定の場合は 記載不要	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 利用希望日 :		
	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 利用希望日 :		
希望するケア内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳に関する相談 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談 <input type="checkbox"/> その他()		
利用者の世帯区分	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 市民税課税世帯		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話

同 意 書

私は、申請にあたり次の事項に同意します。

- 1 審査のため、住民基本台帳による世帯状況及び所得状況、生活保護の有無等について確認すること。
- 2 事業利用のため、申請書の内容等必要な情報を委託事業者に対し提供すること。
- 3 利用時に決められた利用者負担金を委託事業者に支払うこと。
- 4 委託事業者から市の関係部署に利用状況を報告すること。
- 5 利用上限日数を超えての事業利用があった場合は、委託事業者が定める料金を全額自己負担すること。

利用者氏名 _____