

## 八戸市産後ケア事業利用申請書

八戸市長 様

申請者 住所

氏名  
連絡先(電話)

私は、下記のとおり八戸市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	(ふりがな) 母の氏名	( )	生年月日 (年齢)	年 月 日( 歳)	食物アレルギー 無・有( )			
	(ふりがな) 子の氏名	( )	生年月日・年齢 性別・出生順位	年 月 日( か月) 男・女(第 子)	食物アレルギー 無・有( )			
	(ふりがな) 子の氏名	( )	生年月日・年齢 性別・出生順位	年 月 日( か月) 男・女(第 子)	食物アレルギー 無・有( )			
	住所	〒 ー 八戸市		電話:				
				携帯:				
	出産施設名		出産年月日	年 月 日	退院年月日	年 月 日		
世帯構成	氏名	職業	続柄	年齢	氏名	職業	続柄	年齢
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 一般(課税世帯) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				*添付書類(必要時提出) 世帯全員分の市民税の課税(非課税) 証明書または生活保護受給証			
事業の種類	希望予定日					利用希望医療機関等		
通所型 (デイサービス)	第1希望: 年 月 日( 曜日) 1日コース・半日(午前・午後) 第2希望: 年 月 日( 曜日) 1日コース・半日(午前・午後)							
宿泊型 (ショートステイ)	第1希望: 年 月 日( 曜日) から1泊2日 第2希望: 年 月 日( 曜日) から1泊2日							
利用を希望するサービス 内容に○をつけてください	1 産後の心身のケア(産婦の体調等の相談、乳房の手当て等) 2 赤ちゃんのケア(発育・発達の様子の確認、スキンケアなど) 3 育児に関する相談・指導(授乳及び赤ちゃんのお風呂の入れ方、家庭での育児)							
利用申請理由 (心配な事など)								
同意欄	① 利用者負担金に係る課税状況を確認するために提出した書類について誤りまたは不備がある場合は、八戸市が審査に必要な範囲で課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要書類を提出すること。 ② 産後ケア事業の利用にあたり、八戸市が委託医療機関等に対して必要な個人情報(本利用申請書等)を提供すること。また委託医療機関等が八戸市に対して必要な個人情報を提供すること。 ③ この産後ケア事業を利用することができなくなった場合や不要になった場合は、速やかに八戸市、若しくは当該施設に連絡すること。 ④ 産後ケア事業を受ける際は、委託医療機関等に利用者負担金を支払うこと。 ⑤ 委託医療機関等の状況により、利用希望日に利用できない場合もあること。 上記①～⑤に同意します。 本人氏名							
	※申請受付日	R 年 月 日	※決定年月日	R 年 月 日(利用期間 R 年 月 日まで)	※承認・不承認 担当:			

(注意) 1. 申請者氏名欄は、申請者本人が署名してください。また、利用申請書の太枠内事項を記入し提出してください。

2. ※欄は、担当者が記入しますので、記入しないでください。