

明石市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

明石市長 様

次のとおり明石市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名		住所	〒 明石市 自宅( ) 携帯番号( )	
	生年月日	S・H 年 月 日	電話番号		
	フリガナ 児の氏名		出生時の 状況	出産医療機関名( ) 在胎週数 ( 週) 出生体重 ( g)	
	生年月日	R 年 月 日			
	フリガナ 児の氏名		出生時の 状況	出産医療機関名( ) 在胎週数 ( 週) 出生体重 ( g)	
	生年月日	R 年 月 日			
同居家族	氏名		続柄	生年月日	勤務先・幼稚園・保育園・学校等の名称等
				S・H・R 年 月 日生	
				S・H・R 年 月 日生	
				S・H・R 年 月 日生	
				S・H・R 年 月 日生	
				S・H・R 年 月 日生	
絡緊 先急 ①連	氏名	( 夫、実母・父、義母・父、 その他: )	住所	(078- - ) 携帯番号( )	
	続柄		電話番号		
絡緊 先急 ②連	氏名	( 夫、実母・父、義母・父、 その他: )	住所	(078- - ) 携帯番号( )	
	続柄		電話番号		
利用 希望 サ ー ビ ス	宿泊型	利用開始希望日時	注意事項	①医療での治療が必要な状態の場合は利用できません。 また、利用中、体調の変化等があった場合はサービス利用を中止して、 医療受診をお願いすることになります。 ②利用施設の空き状況により、希望日からの開始ができないことがあります。	
	デイ サービス型	利用開始希望日時			
	訪問型	利用開始希望日時			
	【利用目的】 ① 母の体調管理・休息 ② 乳房管理 ③ ミルク・授乳相談 ④ 沐浴支援 ⑤ 乳児の育児支援 ⑥ その他( )				
【課税状況、児童扶養手当受給状況、母子家庭医療費受給状況等確認の同意書】 明石市長 様 明石市産後ケア事業の利用を希望し、利用料金を確定するための利用者世帯の課税状況等について、税務関係当局等に報告を 求めることを同意します。 令和 年 月 日 生計中心者氏名 印					
【情報提供に関する同意書】 明石市長 様 本申請書の内容及び利用者の健康状態について、明石市産後ケア事業を利用する事業者提供することに同意します。 また、利用する事業者から利用時の健康状態について情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名 印					