様式第１号（第７条関係）

鴻巣市産後ケア事業利用申請書

　　　年　　月　　日

（宛先）鴻巣市長

　　住所　鴻巣市

申請者　　氏名

　　　　　電話

　　　　　　（利用者との関係　　　　　　　　）

　次のとおり、鴻巣市産後ケア事業の利用を申請します。

なお、事業を利用するに当たり、裏面の同意事項に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用種別 | １　宿泊（ショートステイ）型　　２　通所（デイサービス）型３　居宅訪問（アウトリーチ）型 |
| 利　用　者 | 住　　所 | 鴻巣市　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フリガナ母の氏名 |  | 生年月日 | 　 　年　 月　 日（　 　 歳） |
| フリガナ子の氏名 | 　　　　　　　 | 生年月日等 | 　　年 　月 　日（　 か月）　（第　　子） |
| 緊急連絡先 | フリガナ氏　名 | 　　　　　　　　　 | 利用者との続柄 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 利用希望日 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（　日間） |
|  利用を希望する施設（宿泊型又は通所型） |  |
| 世帯の区分※ | １　市町村民税課税世帯　　２　市町村民税非課税世帯３　生活保護世帯 |
| 申請年度の１月１日時点の住所地 | １　鴻巣市２　鴻巣市外（前住所地の市区町村が発行する非課税証明書等の添付が必要です。） |
| 備考 |  |

※申請日の属する年度（４月から６月までに申請する場合にあっては、前年度）の世帯

区分を選択してください。

同意事項

⑴　市が、この申請の審査に必要な事項を公簿等（利用者の属する世帯に係る住民基本台帳、市民税課税情報及び生活保護の受給状況を確認することを含む。）により確認すること。

⑵　市が、この申請に係る内容を委託医療機関等に提供すること、又は利用者の健康状態等について当該委託医療機関等と市との間において相互に情報提供すること。

⑶　利用者が、医療行為が必要になる等利用者の要件に該当しなくなった場合は、産後ケア事業を利用できないこと。

⑷　当該委託医療機関等のベッドが満床であるとき等産後ケア事業を利用できない場

　合があること。

⑸　産後ケア事業のほか、母子保健サービス提供のため、利用時の状況等に関する情報を市が利用すること。

　利用者署名（利用者と申請者が異なる場合のみ）

担当者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯の区分 | □　市町村民税課税世帯　　□　市町村民税非課税世帯　□　生活保護世帯　　　　　 |