別記様式第１号（第６条関係）

名寄市産後ケア事業利用（登録）申請書

年　　月　　日

 名寄市長　　　　　　　様

 下記のとおり、名寄市産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者（母） | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 名寄市 |
| 電話番号 |  | 緊急連絡先 | 氏名 | (続柄　　) |
| 電話 |  |
| 出産病院 |  |
| 子 | ふりがな |  | 男・女第　 子 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 申請理由※当てはまるものに○をつけてください |  | 出産後の体調の回復や育児に強い不安がある。 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※その他の理由を具体的に記入してください |
| ＜同意欄＞①　申請内容に虚偽があった場合は、名寄市産後ケア事業を利用することはできません。②　利用日の調整は、申請者と助産所が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。③　名寄市産後ケア事業利用に必要な情報を助産所に提供します。④　利用の結果については、助産所が市に報告します。⑤　利用期限や回数を超えて利用することはできません。⑥　市が住民基本台帳、生活保護台帳、課税台帳等を閲覧し、自己負担金が決定されます。上記、①②③④⑤⑥に同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | 決定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 承認の有無 | * 決定
 | * 非該当
 |
| 自己負担 | * 市民税課税世帯 ： 1,000円
* 市民税非課税世帯 ： 0円　　　□ 生活保護世帯：0円
 |
| 備考欄 |  |