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 |  | | |