

様式第1号(第8条関係)

対馬市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

対馬市長 様

(申請者)

住 所 対馬市

氏 名

(利用者との続柄:)

電話番号

対馬市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

利用者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	対馬市	連絡先	
	ふりがな 子の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (か月)
	出産した病院		出生体重	g 出生週数 週 日
	緊急連絡先	氏名: (利用者との関係:)連絡先:		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
利用種別	利 用 日	利用回数・日時等	医療機関等名	
<input type="checkbox"/> 宿泊ケア (ショートステイ)	年 月 日 ~ 年 月 日	7日まで		
<input type="checkbox"/> 産後ケア外来 (デイケア)	出生 ~ 1歳未満まで	回数制限なし		
申請理由 (いずれかに該当する者が対象となります。)				
<input type="checkbox"/> 家族等から十分な育児の援助が受けられない <input type="checkbox"/> 心身の不調、育児不安がある				
希望する支援内容 (該当項目にチェックを入れてください。複数可)				
<input type="checkbox"/> 授乳について相談したい <input type="checkbox"/> 産後ゆっくり休養したい				
<input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい <input type="checkbox"/> こどもの発育発達を相談したい				
<input type="checkbox"/> その他()				
同 意 欄				
① 公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査することに同意します。				
② 利用料は、直接実施事業者に支払います。				
③ 母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。				
署名 _____				

※生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯に属する方は、利用料が無料となります。