

松山市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

申請日と太枠内をご記入ください。

(宛先) 松山市長

次のとおり、松山市産後ケア事業の利用を希望するので申請します。

フリガナ 利用者氏名	松山市		ご本人の連絡先をご記入ください。			
住所	フリガナ 緊急連絡先：氏名	(続柄)	TEL	TEL		
住民票住所をご記入ください。						
出産（予定）日 ※	年 月 日	出産医療機関 ※				
フリガナ ※						
乳児氏名 ※	(男・女)					
フリガナ	体重 ※		g			
双子以上の場合は ○○/○○ とご記入ください。						
世帯子 構以外 の ※	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	松山 たろう	H△年△月△日	夫			
	松山 はなこ	R△年△月△日	長女			
利用希望内容（希望する事業の種類に☑を記入してください。）						
事業の種類	利用日			利用施設		
<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	RO 年 4月 1日 ~ RO 年 4月 2日			〇〇産婦人科		
<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 , 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日 , 年 月 日					
申請理由（該当するものに☑を記入してください。）						
<input type="checkbox"/> 家族等から育児等の援助が受けられない <input checked="" type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> 必ずチェックをお願いします。 その他 ()						
				有 (1人) , 無		
<input type="checkbox"/> 私は、申請に当たり、次の①から④までの事項に同意します。(□にチェック☑をしてください。)						
① 申請書の内容について、利用施設等に情報提供すること。						
② 審査及び自己負担金決定に当たり、市が申請者及びその世帯員の市民税課税資料、住民基本台帳その他必要な資料を閲覧すること。また、市から、必要な書類等を提出するよう求められたときは、これに応じること。						
③ 利用期間中であっても、緊急入院対応等により、やむを得ず退所となる場合があること。						
④ 利用施設のルールに従うこと。						
受付場所	市・保・南・北・中・他	受付者			承認・不承認	
自己負担金の減免	1. なし 2. あり（市民税非課税世帯・生活保護世帯）					

(注) 2回目以降の申請で1回目の申請と変更がない場合は、※欄の記載は不要です。