様式第１号（第８条関係）

松山市産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

（あて先）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		生年月日	年　　月　　日
住所	〒　　松山市 TEL フリガナ 緊急連絡先：氏名　　（続柄）　　TEL		
出産（予定）日	年　　月　　日	退院（予定）日	年　　月　　日
フリガナ 乳児氏名		出産医療機関	
妊娠期間	妊娠　　週　　日	出生体重	g

世帯構成	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄

利用希望内容（希望する種類に☑を記入してください。）

事業の種類	利用日	利用施設
□ 宿泊型	年　月　日 ～　年　月　日	
□ 通所型	年　月　日 、　年　月　日 年　月　日 、　年　月　日	
□ 訪問型	年　月　日 、　年　月　日 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。）

□ 家族等から育児などの援助が受けられない　□ 育児不安　□ 心身の不調
□ 育児方法が知りたい　□ その他（　　）

乳児の兄、姉の同伴	有（　人）、無

私は、申請にあたり次の事項に同意します。

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や住民基本台帳等、事務処理に必要な資料を閲覧すること。また、当該調査により確認ができない場合、市が求める必要書類を提供すること。

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。

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

受付年月日	年　　月　　日	受付場所	市、保、南、北、中	受付者	
決定年月日	年　　月　　日	承認、不承認			
利用者自己負担金の減免有無	１．なし ２．あり（市民税非課税世帯、生活保護世帯）				