

松山市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（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	マツヤマ ハナコ		生年月日	平成〇 年 〇月 〇日		
利用者氏名	松山 花子					
住所	〒790-0813 松山市 萱町6丁目30番地5					TEL 090-0000-0000
	フリガナ マツヤマ タロウ 緊急連絡先：氏名 松山 太郎 （続柄） 夫					TEL 090-1111-1111
出産（予定）日※	令和 〇年 〇月 〇日		出産医療機関※	〇〇産婦人科		
フリガナ※	マツヤマ ヒメコ ジロウ					
乳児氏名※	松山 媛子 / 次郎		※多胎児の場合、左記のように記入してください。			
妊娠期間※	妊娠 37 週 0 日		出生体重※	2500 / 2550 g		
世帯構成※	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	松山 花子	HO.O.O	本人	松山 媛子	RO.O.O	次女
	松山 太郎	HO.O.O	夫	松山 次郎	RO.O.O	長男
	松山 松子	RO.O.O	長女			
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	
<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日				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 checked="" type="checkbox"/> 家族等から育児などの援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児不安 <input checked="" type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> 育児方法が知りたい <input type="checkbox"/> その他（ ）						
乳児の兄又は姉の同伴			有（ 1 人 ） , 無			
私は、申請に当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、住民基本台帳 その他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は、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 松山 花子
受付年月日	年 月 日	受付場所	市・保・南・北・中・他		受付者	
決定年月日	年 月 日	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）					

※2回目以降の申請の場合は、※欄の記載は不要です。