

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		生年月日	年	月	日			
利用者氏名								
住所	〒 松山市							
	フリガナ	TEL						
	緊急連絡先：氏名	（続柄）	TEL					
出産（予定）日※	年	月	日	出産医療機関※				
フリガナ※								
乳児氏名※								
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				
<input type="checkbox"/> 宿泊型	年	月	日	～	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 通所型	年	月	日	,	年	月	日	
	年	月	日	,	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 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。）								
<input 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 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（ 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 _____								
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。