

（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		TEL			
		フリガナ		(続柄)		TEL	
緊急連絡先：氏名							
妊娠期間 ※		妊娠 週 日		対応医療機関 ※			
世帯利用者構成以外の※の	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄	
利用希望内容							
事業の種類		利用日				利用施設	
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"/> 身体面のケアが受りたい。（ ） <input type="checkbox"/> 精神面のケアが受りたい。（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）							
<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。