

松山市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 松山市長

太枠内をご記入ください。

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。

※1：2回目以降の申請で従前の申請と変更がない場合は、記載不要です。

※2：訪問型を申請する場合は、記載不要です。

フリガナ 利田孝氏タ		生年月日		年 月 日		
住民票住所をご記入ください。		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		TEL (続柄) TEL		
出産（予定）日 ※1		年 月 日		出産医療機関 ※1・※2		
フリガナ ※1						
乳児氏名 ※1		(男・女)				
妊娠期間 ※1・※2		g 双胎以上の場合は ○○/○○ とご記入ください。				
※世母 1 帯子 構以 成外 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			利用施設等	
☑ 宿泊型		RO 年 4 月 1 日 ～ RO 年 4 月 2 日			○○産婦人科	
□ 通所型		年 月 日 , 年 月 日 年 月 日 , 年 月 日				
□ 訪問型						
申請理由（該当するものに☑を記入してください。）※2						
必ずチェックをお願いします。 調 □ 育児方法が知りたい)						
乳児の兄又は姉の同伴※2				有 (1 人) , 無		
☐ 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 審査及び自己負担金の決定に当たり、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。						
② 申請書の内容及び利用時の状況等について、利用施設等と情報を共有する場合があること。						
③ 宿泊型又は通所型は、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 利用に当たっては、市及び利用施設等が定めるルールに従うこと。						
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）				