

松山市産後ケア事業利用申請書

※2：訪問型を申請する場合は、記載不要です。

フリガナ 利用者氏名		生年月日	
住所	〒 TEL フリガナ 緊急連絡先：氏名 (続柄) TEL		

出産（予定）日 ※1		出産医療機関 ※1・※2	
フリガナ ※1			
乳児氏名 ※1			
妊娠期間 ※1・※2	妊 娠 週 日	出生体重 ※1・※2	g
※世母 1 帯子 構以 成外 の	氏 名	生年月日	続 柄
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	年 月 日 ～ 年 月 日		
☐ 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			
☐ 育児不安 ☐ 心身の不調 ☐ 育児方法が知りたい ☐ その他（ ）			
乳児の兄又は姉の同伴※2		有（ 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）	