

様式第1（第9条関係）

長久手市産後ケア事業宿泊型・通所型利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

長久手市産後ケア事業宿泊型・通所型実施要綱第9条の規定により、下記のとおり申請します。

申請者	産婦氏名				生年月日		
	住所						
	電話番号				出産場所		
	乳児氏名				生年月日		
	乳児氏名				生年月日		
	乳児氏名				生年月日		
	緊急連絡先1				続柄		
	緊急連絡先2				続柄		
	(産婦・乳児以外を記入) 世帯構成	続柄	氏名			生年月日	
利用サービス	希望する日						
	宿泊型						
	通所型						
利用施設							
利用の種類		1 産褥期の身体的回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 産後の経過に応じた休養や栄養等、日常生活に不安がある 4 その他 ( )					

階層区分	1 生活保護世帯    2 市民税非課税世帯    3 その他
特に希望するサービス	1 健康管理や生活面の指導 2 乳房ケアや授乳の指導 3 乳児の沐浴、授乳、育児手法等

※転入等で本市で市町村民税の課税情報が確認できない場合、市町村民税非課税証明書（世帯全員分）の提出が必要です。

同意欄
<p>(1) 申請者及び世帯構成員は、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む）について長久手市が調査することに同意します。</p> <p>(2) 申請者及び世帯構成員は、利用申請書及びサービスに必要な個人情報を事業者へ情報提供することに同意します（本用紙の写しを事業者へ提供します）。</p> <p>(3) 利用者の健康状態について、事業者から長久手市に情報提供することに同意します。</p> <p>(3) 産後ケア事業実施施設に対し、退所時またキャンセル時に利用者自己負担金を支払うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年        月        日    申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">※申請者は産婦としてください</p>

※この申請書を提出する時は親子（母子）健康手帳を持参してください。