別　記

第１号様式（第６条関係）

鎌ケ谷市産後ケア事業利用申請書

年　　　月　　　日

申請者氏名

申請者住所

　電話番号

鎌ケ谷市長　様

鎌ケ谷市産後ケア事業の利用を希望するので、鎌ケ谷市産後ケア事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日(　　歳) | | |
| （産後申請時記入） |  | | 出産(予定)日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 出産(予定)施設 |  | | 退院(予定)日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 出産児数 | 1単胎　２双胎　３品胎 | | | 在胎週数(産後申請時記入) | 週 | 出生体重 | ｇ |
| 希望利用事業、 利用希望日及び日数  （利用日数は合算で７日以内） | 1宿泊型 | 利用決定日から　　　年　　月　　日までのうち　　　日間 | | | | | |
| 2通所型 | 利用決定日から　　　年　　月　　日までのうち　　　日間 | | | | | |
| 3訪問型 | 利用決定日から　　　年　　月　　日までのうち　　　日間 | | | | | |
| 申請理由 | １家族等の援助が受けられない  ２育児不安が強い  ３心身の不調  ４医療機関からの勧め（理由：　　　　　　　　　　　　　　　）  ５その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 実施機関 |  | | | | | | |
| 利用者自己負担 | １一般世帯  ２市民税非課税世帯等 | | | | | | |
| 私は申請にあたり次の事項に同意します。  １　今後の支援に必要な範囲において、健康増進課、こども支援関連部署、関係医療機関との情報共有すること。  ２　自己負担分料金の減免を希望する場合、本市が鎌ケ谷市市民税課税状況について調査すること。  ３　利用施設の空きベッドを活用した事業のため、利用施設の状況に応じて利用日等の変更又はやむを得ず退所となる場合があること。  ４　利用する施設等のルールに従うこと。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（本人自署） | | | | | | | |