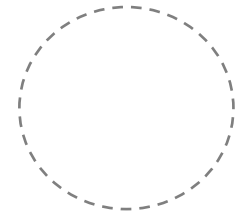


泉大津市産後ケア事業利用申請書



泉大津市長様

私は、下記のとおり泉大津市産後ケア事業の利用を申請します。

申請日 年 月 日

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日		
			アレルギー	無・有()		
	住所	泉大津市				
		電話				
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)	電話		
	住所					
	乳児の氏名		出生日 (出産予定日)			
	出産(予定)医療機関		妊娠期間	週	出生体重	g
世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
希望するサービス	希望する日		利用開始時刻	利用終了時刻		
<input type="checkbox"/> ショートステイ (宿泊)	年 月 日～ 月 日		:	:		
	年 月 日～ 月 日		:	:		
	年 月 日～ 月 日		:	:		
<input type="checkbox"/> デイケア (日帰り)	年 月 日		:	:		
	年 月 日		:	:		
	年 月 日		:	:		
産後心配していること						
特に希望するサービス 内容に○をしてください	1 産後の母体管理及び生活面の指導 2 乳房手当、乳房トラブルケア 3 授乳、沐浴等の育児指導 4 その他の保健指導 ()					
該当する世帯区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 (世帯員全員の市町村民税が非課税であることが証明できる書類の提出が必要です。ただし、泉大津市で確認可能な方は不要。) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (生活保護受給証明書の提出が必要です。ただし、泉大津市で確認可能な方は不要。)					
①泉大津市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。 また、利用者の健康状態について事業者から泉大津市に情報提供することに同意します。 ②泉大津市が泉大津市産後ケア事業に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯員の世帯情報・市民税課税状況・生活保護受給状況を確認することに同意します。						
年 月 日			申請者氏名		印	

泉大津市処理欄

世帯区分の確認	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	確認者 ()
---------	--	---------

