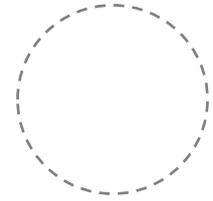


(様式第1号)

泉大津市産後ケア事業利用申請書

泉大津市長様



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。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年	月	日		
	住所等	泉大津市 電話番号						
	緊急連絡先	氏名	申請者との続柄					
		住所	電話番号					
	乳児の氏名		ふりがな		出生日	年	月	日
				ふりがな		出生日	年	月
妊娠中に 申請される方	出産予定日 年 月 日 (単胎・多胎)							
該当する世帯区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 (世帯員全員の市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							
同意書	① 産後ケア事業の利用にあたり、泉大津市が利用施設に対して必要な個人情報を提供すること及び利用施設が泉大津市に対して必要な個人情報を提供すること。 ② 利用者負担金に係る審査をするため、泉大津市が必要な範囲で世帯状況及び課税状況について調査し、又は閲覧すること。当該調査等で確認できない場合は、申請者が必要な書類を提出すること。 ③ 産後ケア事業サービス利用時に、利用者負担金を利用施設に対して支払うこと。 ④ 産後ケア事業を利用できなくなった場合又は事業の実施について変更があった場合は、定められた期限までに利用施設に連絡すること。 ⑤ サービス利用中に体調不良等の理由で利用を中止する場合においても、利用者負担金を全額支払うこと。							
	上記に同意します。 年 月 日 申請者氏名 (自署) _____							
※申請者以外が窓口に来られた場合は下記にご記入ください。同一世帯の場合、住所は記入不要です。								
届出人氏名： _____ (申請者との続柄)								
住所： _____ 電話番号： _____								

確認事項・受付処理欄	サイン
申請者の本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯区分の確認 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
利用券の発行 (NO. ~)	利用承認(不承認)通知書の発行 <input type="checkbox"/> 承認 (No.) <input type="checkbox"/> 不承認