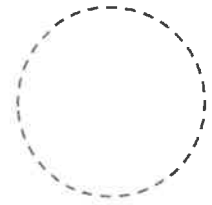


(様式第1号)

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 日
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 ☑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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>上記に同意します。 年 月 日 申請者氏名 (自署)</p>						
※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

(様式第2号)

年 月 日
泉大子応第 号

様

泉大津市長

泉大津市産後ケア事業利用承認（不承認）通知書

年 月 日に申請のありました泉大津市産後ケア事業の利用について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1. 承認します

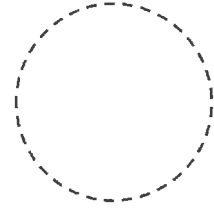
【承認番号】	—
【利用料区分】	A（課税世帯） ・ B（非課税世帯・生活保護世帯）
【出産区分】	単胎 ・ 多胎
【出産日】	年 月 日（出産予定日： 年 月 日）
【利用期限】	年 月 日 【出産後1年未満】

2. 不承認とします

[理由]

(様式第3号)

泉大津市産後ケア事業変更申請書



泉大津市長様

泉大津市産後ケア事業の申請内容について、下記のとおり変更を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所等	泉大津市 電話		
承認番号 ※承認通知書に記載			
変更事由の 生じた日	年 月 日		
変更項目 ※該当する項目に チェックし記入		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 利用者の氏名		
	<input type="checkbox"/> 利用者の住所	泉大津市	泉大津市
	<input type="checkbox"/> 世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> その他		
備考			
<p>変更申請に際して、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、又は閲覧することを承諾します。</p> <p>年 月 日 申請者氏名 (自署) _____</p> <p>※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。</p> <p>届出人氏名： _____ (申請者との続柄)</p> <p>住所： _____ 電話番号： _____</p>			

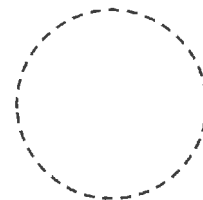
※泉大津市処理欄

確認事項・事務処理欄		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 ()		
<input type="checkbox"/> 承認通知書の回収 <input type="checkbox"/> 利用券の回収 (NO. ~NO.)	回収日： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 承認通知書の発行 <input type="checkbox"/> 利用券の発行 (NO. ~NO.)	発行日： 年 月 日	

(様式第4号)

泉大津市産後ケア事業通知書等再交付申請書

泉大津市長様



下記のとおり泉大津市産後ケア事業利用承認通知書・利用券の再交付を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所等	泉大津市	電話番号	
承認番号 ※不明の場合記載不要			
交付の種類	<input type="checkbox"/> 泉大津市産後ケア事業利用承認通知書 <input type="checkbox"/> 利用券		
申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 汚損 (破損・汚損した泉大津市産後ケア事業利用承認通知書と利用券をご提出ください) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			
再交付に際して、泉大津市が必要な範囲で世帯状況について調査及び閲覧することを承諾します。			
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: _____			

※泉大津市処理欄

確認事項・事務処理欄			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 ()	
<input type="checkbox"/> 承認通知書の回収	<input type="checkbox"/> 利用券の回収 (NO. ~NO.)	回収日: 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 承認通知書の発行	<input type="checkbox"/> 利用券の発行 (NO. ~NO.)	発行日: 年 月 日	

泉大津市産後ケア事業実施報告書 (年 月分)

泉大津市産後ケア事業を実施しましたので、下記のとおり結果を報告いたします。

事業者名

利用者氏名： 兄の氏名： (生年月日) 年 月 日

泉大津市産後ケア事業利用承認通知書の確認、単胎・多胎の確認、利用料区分の確認をを記入。実施したケア欄にを記入。

出産区分	利用承認通知書の確認		産婦のケア			新生児・乳児のケア			母子のケア			特記事項
	利用料区分	サービス区分	産後の母	乳房手当	心理面	発育・発達	体重・排泄の観察	スキンケアに関する相談	授乳の指導	沐浴の指導	育児に関する相談	
<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> A	宿：ショーステイ(宿泊型) 日：デイケア(日帰り型) 訪：アウトリーチ(居宅訪問型)	産後の母 体管理及び生活面の指導	乳房手当 乳房トラブルに関する相談	心理面 のケア	発育・発達のチェック	体重・排泄の観察	スキンケアに関する相談	授乳の指導	沐浴の指導	育児に関する相談	
<input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> B											
回数	日付											
1	/	宿・日・訪										
2	/	宿・日・訪										
3	/	宿・日・訪										
4	/	宿・日・訪										
5	/	宿・日・訪										
6	/	宿・日・訪										
7	/	宿・日・訪										

利用券貼付欄			

【継続フォロー】

不要

必要 (理由を記入)

()

【市への連絡が必要な場合】

子育て応援課に電話で報告

要養育支援者情報提供票を市に送付

その他 ()