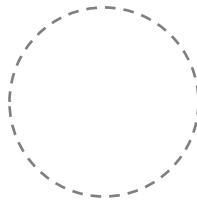


様式第1号

泉大津市産後ケア事業利用申請書

泉大津市長様



以下のとおり泉大津市産後ケア事業の利用を申請します。なお、申請に際して以下の①～⑤の同意事項に同意します。

申請日 年 月 日

申請者 (利用者)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
	住所等	電話番号			
	緊急連絡先	フリガナ 氏名	申請者との続柄		
		住所	電話番号		
	出産区分	妊娠中の方	出産後の方	流産・死産を経験された方	
	日付	出産予定日 年 月 日	出産日 年 月 日	流産・死産を経験された日 年 月 日	
	今回出産された(される) お子さんの人数	1人・双子・3つ子	1人・双子・3つ子		
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				
希望する受け取り方法に <input checked="" type="checkbox"/> してください。郵送を選択される場合は、希望する送付先に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 窓口 (申請の翌日から数えて、5営業日以降に子育て応援課へお越し下さい。) <input type="checkbox"/> 郵送 (<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> その他: <u>宛名:</u> 住所: _____)					
同意事項	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。				
	※申請者以外が窓口に来られた場合は以下をご記入ください。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"/> その他()			
届出人の本人確認(代理申請の場合は確認必要)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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				
利用承認(不承認)通知書の発行	<input type="checkbox"/> 承認(No.) <input type="checkbox"/> 不承認				

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"/> その他()			
届出人の本人確認(代理申請の場合は確認必要)			
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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			
利用承認(不承認)通知書の発行			
<input type="checkbox"/> 承認(No.) <input type="checkbox"/> 不承認			

第 号
年 月 日

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、以下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】	单胎 • 多胎 (双子・3つ子) • 流産や死産を経験
【出産日】	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (出産予定日: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)
【利用期限】	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【出産後1年未満】

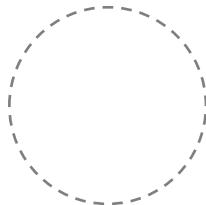
2. 不承認とします

【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



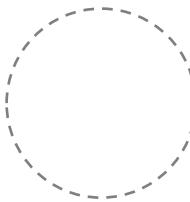
泉大津市産後ケア事業の申請内容について、以下のとおり変更を申請します。変更申請に際して、泉大津市が必要な範囲で世帯状況及び課税状況について調査し、又は閲覧することを承諾します。

申請日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名	生年月日		年 月 日
利用者住所等	電話番号		
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 ☑し、詳細を記入 してください		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 利用者の氏名		
	<input type="checkbox"/> 利用者の住所		
	<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		
希望する受け取り方法に☑してください。郵送を選択される場合は、希望する送付先に☑してください。			
<input type="checkbox"/> 窓口（申請の翌日から数えて、5営業日以降に子育て応援課へお越し下さい。）			
<input type="checkbox"/> 郵送（ <input type="checkbox"/> 利用者の住所 <input type="checkbox"/> その他）			
※郵送先をその他に選択された場合は、宛名と住所をご記入ください。			
宛名： 住所：			
※申請者以外が窓口に来られた場合は以下をご記入ください。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"/> その他 ()		
届出人の本人確認（代理申請の場合は確認必要） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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通知書等再交付申請書



泉 大 津 市 長 様

以下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。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

申請日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所等	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 ()		
希望する受け取り方法に□してください。郵送を選択される場合は、希望する送付先に□してください。 <input type="checkbox"/> 窓口 (申請の翌日から数えて、5営業日以降に子育て応援課へお越し下さい。) <input type="checkbox"/> 郵送 (<input type="checkbox"/> 利用者の住所 <input type="checkbox"/> その他) ※郵送先をその他に選択された場合は、宛名と住所をご記入ください。 宛名 : _____ 住所 : _____			
※申請者以外が窓口に来られた場合は以下をご記入ください。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・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"/> その他 ()	
届出人の本人確認 (代理申請の場合は確認必要)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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5号

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、以下のとおり結果を報告いたします。

事業者名 : _____

利用者氏名 : _____ 出産日 : _____ 年 月 日 サービス区分を選択し○を記入。実施したケア欄に□を記入。

利用料区分※	出産区分※	サービス区分	産婦のケア			新生児・乳児のケア			母子のケア			特記事項
□A:課税	□単体	宿:ショートステイ (宿泊型)	産後の 母体管理	乳房手当	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	
□B:非課税	□多胎(双子・3つ子)	日:デイケア (日帰り型)										
生活保護	□流産や死産を経験	訪:アウトリーチ (居宅訪問型)	及び生活 の指導	ブルに関する相談								
利用回数	日付											
1	年 月 日	宿・日・訪										
2	年 月 日	宿・日・訪										
3	年 月 日	宿・日・訪										
4	年 月 日	宿・日・訪										
5	年 月 日	宿・日・訪										
6	年 月 日	宿・日・訪										
7	年 月 日	宿・日・訪										

※利用承認通知書の確認: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・流産や死産を経験) を確認し、□を記入。

利 用 券 貼 付 欄												
				結果 記 入 欄	【利用期間】	年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分	【継続フォロー】	□不要 □必要(理由)		【市への連絡】	□実施報告書にて報告 □子育て応援課に電話で連絡 □要養育支援者情報提供票を市に送付 □その他()	