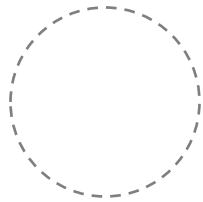


泉大津市産後ケア事業利用申請書

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：宛名： 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	