

高石市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

高石市長 宛

私は、下記のとおり高石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	昭和・平成	年	月	日
	住所	高石市							
	電話								
	ふりがな 子の氏名				生年月日 (出産予定日)	令和	年	月	日
	出産(予定) 医療機関				妊娠期間	週	出生体重	g	
緊急連絡先	ふりがな 氏名				申請者との 関係			電話	
	住所								
アレルギーの有無	無・有(※有の場合、 特に食物は具体的に記載)								
世帯の区分	<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・生活保護世帯 ※証明書の提出が必要な場合があります。								
申請者の状況	<input type="checkbox"/> お母さんの体調に不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児について不安がある。 <input type="checkbox"/> その他()								
心配していること									
特に希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> からだのサポート (お母さんの体調管理・乳房ケア) <input type="checkbox"/> こころのサポート (育児相談・お母さんの心の休養) <input type="checkbox"/> 育児サポート (沐浴方法・授乳方法の指導・発育発達の相談) <input type="checkbox"/> その他の相談()								
①高石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高石市から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、高石市が事業者から情報収集することに同意します。 ②費用負担に係る世帯区分を確認するために、高石市が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。									
年 月 日					申請者氏名 _____				

* 以下は記入しないでください

申請受付年月日	年 月 日	承認・不承認年月日	年 月 日
---------	-------	-----------	-------