様式第１号（第６条関係）

産後ケア事業利用申請書

年　月　日

　　志布志市長　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

（利用者との関係　　　　）

電話　　　―　　　―

　　産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

事業の利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　月　日（　歳） |
| 住所 |  |
| 出産医療機関名 |  | 出　産　日 | 年　月　日 |
| 退　院　日 | 年　月　日 |
| 子の状況 | 氏名 |  | 出生時の体重 | ｇ | 第　子 |
| 氏名 |  | 出生時の体重 | ｇ | 第　子 |
| 利用施設名 |  |
| 利用希望期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで　　日間 |
| 申請理由 | □　産後に心身の不調又は育児不安がある。□　家族から十分な家事、育児等の支援が受けられない。□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　考 |  |

　（注）

　　１　申請理由の欄は、該当する□に✔印を付してください。

　　２　この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

※　市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 決定年月日 | 　　　年　月　日　　☐　利用決定　☐　利用却下 |
| 世帯区分 | ☐　生活保護世帯　☐　非課税世帯　☐　それ以外の世帯 |