

筑紫野市産後ケア事業利用申請書

(宛先)筑紫野市長

筑紫野市産後ケア事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。なお、申請に際して①～③のことに同意します。

- ① 世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するために本市の住民基本台帳、課税状況等の調査及び閲覧をすること。
- ② 産後ケア事業の利用に必要な情報を、筑紫野市が委託事業者及び出産予定施設と情報共有すること。
- ③ 産後ケア事業利用時、利用者負担金を事業者に対して支払うこと。(利用日の 2 日前の日の 17 時以降のキャンセルの場合は、やむを得ない場合を除きキャンセル料を支払うこと)

申請者（利用対象者）			
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
連絡先（携帯）		緊急連絡先	氏名（続柄： ）
			電話
フリガナ 子 氏名 (双子は同欄に追記)		生年月日	年 月 日（ か月）
出生体重	g	利用希望施設	
住 所	筑紫野市		
里帰り先住所 (福岡県内に限る)	里帰り先での利用希望の場合ご記入ください		
出産（予定）施設		市区町村民税 (世帯)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税・生活保護
出産（予定）日		退院（予定）日	年 月 日
希望するケアの内容（チェックしてください）			
<input type="checkbox"/> 母の体調面の相談 <input type="checkbox"/> 乳房のケア・授乳の相談 <input type="checkbox"/> 子の栄養（ミルク・離乳食など）の相談 <input type="checkbox"/> 育児手技の指導・実施（沐浴など） <input type="checkbox"/> 育児全般の相談 <input type="checkbox"/> 子の発育相談（体重測定含む） <input type="checkbox"/> 子の健康相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

筑紫野市 使用欄	受付日	世帯状況	担当	係員	決裁		審査
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生保			(係長・補佐)	(課長)

【文書番号】 / 【通し番号】 / 【決裁日】 令和 年 月 日