

柏原市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

柏原市長 様

私は、下記のとおり柏原市産後ケア事業の利用を申請します。

年 月 日

| | | | | | |
|---|---|-----------|----------------|--------|--|
| 申請者 (利用者) | (ふりがな) 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所 | 柏原市 | | 電話 | |
| | 緊急連絡先 | 氏名 | (申請者との関係) | 電話 | |
| | | 住所 | | | |
| | 出産(予定)医療機関 | | 出生日 (出産予定日) | 年 月 日 | |
| | 乳児の氏名 | | 乳児の氏名 | | |
| | 在胎週数 週 日 | 出生体重 g | 在胎週数 週 日 | 出生体重 g | |
| 世帯構成 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 職業 | |
| | | 年 月 日(歳) | | | |
| | | 年 月 日(歳) | | | |
| | | 年 月 日(歳) | | | |
| 世帯の区分 ()に○をつけてください | () 【区分A】市府民税課税世帯 () 【区分B】市府民税非課税世帯 () 【区分C】生活保護世帯 ※証明書の提出が必要な場合があります | | | | |
| 希望するサービス | 希望する日 | 利用開始時刻 | 利用終了時刻 | | |
| <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 年 月 日 ~ 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 ~ 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 ~ 月 日 | : | : | | |
| <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 年 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 | : | : | | |
| | 年 月 日 | : | : | | |
| 利用希望施設 | 第1希望 () 第2希望 () | | | | |
| 産後心配していること | アレルギー: 無 ・ 有() | | | | |
| 特に希望するサービス内容に○をしてください | 1 産後の母体管理及び生活面の指導 2 乳房手当、乳房トラブルケア 3 授乳、沐浴等の育児指導 4 その他の保健指導() | | | | |
| 利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の減免はできません ※本市において減免対象世帯であることが確認できる場合には不要です | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市府民税非課税証明書(世帯全員が非課税であることができる証明書) | | | | |
| ①柏原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事業者へ情報提供することを同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から柏原市子ども家庭安心課に情報提供することに同意します。 ②利用料に係る世帯区分を確認するために、柏原市子ども家庭安心課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 | | | | |