

川口市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（あて先）川口市長

川口市産後ケア事業を利用したいので、裏面の同意事項すべてに同意し、次のとおり申請いたします。

申請者 (産婦)	ふりがな			
	氏名			
	住所 (住民登録地)			
	生年月日	年 月 日	電話番号 (日中つながる番号)	
子 (多胎の場合は、氏名欄に複数名お書きください。)	ふりがな			
	氏名			
	住所 (住民登録地)			
	生年月日	年 月 日	出生順位	第 子
	出生児体重	g	在胎週数	週
	出生医療機関等		出生医療機関等 住所	
利用する事業 (該当する項目に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 宿泊型産後ケア事業 <input type="checkbox"/> 早期訪問型産後ケア事業 <input type="checkbox"/> 日帰り型産後ケア事業 <input type="checkbox"/> 一般訪問型産後ケア事業			
利用希望期間（宿泊型と早期訪問型のみご記入下さい。)	年 月 日 ～ 年 月 日			
利用を希望する施設（宿泊型と早期訪問型のみご記入下さい。)				
課税区分 (該当する項目に☑を入れてください。)	<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 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
訪問先 世帯主 (市内に限ります。市内に里帰りしている場合など)	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所 (住民登録地)			
	生年月日	年 月 日	電話番号 (日中つながる番号)	

緊急連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所 (住民登録地)			
	生年月日	年 月 日	電話番号 (日中つながる番号)	
希望するケア内容 (希望する項目に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 産婦の母体管理 <input type="checkbox"/> 産後の心身に関する相談 <input type="checkbox"/> 乳房ケアへの助言・マッサージ (マッサージは、一般訪問型産後ケアを除く。) <input type="checkbox"/> 授乳の方法等の指導 <input type="checkbox"/> 沐浴の方法等の指導 (実技を含む沐浴指導は、一般訪問型産後ケアを除く。) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達に関する相談 <input type="checkbox"/> 育児の相談			
申請理由 (該当する項目に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 家族等から家事や育児の支援を受けることができない <input type="checkbox"/> 育児や体調に不安がある			
産後に心配なこと				
キャンセルについて (内容を確認後に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> やむを得ずキャンセルする場合は、利用開始日の3日前の正午まで(土日祝日を除く平日の3日でカウント)にする。			

下記の事項について、同意します。

申請者氏名 _____

【同意事項】

- 1 市が、私の世帯状況及び課税状況につき、公簿等により確認することに同意します。
また川口市で世帯全員の当該年度の住民税の確認ができない場合は、世帯全員の住民税を証明できる書類を提出することに同意します。
- 2 生活保護世帯の利用者負担額の適用を受けようとするときは、生活保護受給証の提示、写しを提出することに同意します。
- 3 市が、私の世帯状況及び課税状況の確認ができず、課税証明書等の提示・提出が困難な場合、課税世帯区分の利用者負担額を支払うことに同意します。
- 4 申請書に記載した個人情報を、市が産後ケアを実施する医療機関等に提供することに同意します。
- 5 産後ケア事業を実施した医療機関等が市へ実施結果を報告することに同意します。
- 6 利用開始日の3日前(土日祝日を除く平日の3日でカウント)の正午までにキャンセルの連絡ができなかった場合には、自己負担金を全額支払うことに同意します。