

多治見市長

申請者 住所 多治見市
 氏名
 （利用者との続柄 ）
 電話

多治見市産後ケア事業利用申請書

多治見市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

なお、審査に必要となる私の世帯の住民登録情報及び課税状況について、関係機関へ照会し、又は関係機関の保有する情報を閲覧すること並びにサービスの利用に必要な範囲で個人情報を事業者提供すること及び事業者が多治見市に提供することを承諾します。

記 （裏面も確認し記載してください。）

産婦氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
			(歳)
乳児氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
			(か月)
児の状況	男 ・ 女 第 子	出生時の体重	g 在胎週数 週
出産施設名	() 退院日 年 月 日		
治療中の病気	産婦：なし・あり ※具体的に ()	乳児：なし・あり ※具体的に ()	
緊急連絡先等	乳児の父氏名： _____ 緊急連絡先： _____ その他の家族氏名： _____ (続柄：) 緊急連絡先： _____		

支援してほしい内容	(該当欄にレ点) <input type="checkbox"/> 産婦の身体的、心理的ケア、休養等 <input type="checkbox"/> 乳房ケア(乳房マッサージ等、自己管理法指導) <input type="checkbox"/> 乳児のケア(沐浴、計測、発達チェック、全身観察、スキンケア他 育児相談) <input type="checkbox"/> 授乳、沐浴等の指導 <input type="checkbox"/> 発育及び発達に関する相談 <input type="checkbox"/> その他()
利用期間と回数	【利用期間】 産後1年未満 【利用回数】 宿泊型 6泊以内 通所型 7回以内 訪問型 7回以内 ※宿泊型・通所型は、実施機関の受入れ状況により、別の市のサービスをご案内する場合がございます。
世帯区分の確認	以下の該当する番号を○で囲んでください。 1. 市民税課税世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 生活保護世帯 2及び3に該当する場合のみ、それを証する書類を提出して下さい。 提出がない場合には、市が世帯の住民記録情報、課税情報及び生活保護受給状況について関係機関に照会又は関係機関の保有する情報を閲覧することを承諾します。 ※2. 3の該当者のみ 世帯員全員の自署 世帯員氏名(子の父) _____ (子の母) _____ () _____ () _____

市の記載欄

受付日： 年 月 日 担当者：	<input type="checkbox"/> 状況確認 実施者：	承認日 年 月 日
市民非課税世帯：有・無 (確認者)	生活保護受給世帯：有・無 (確認者)	自己負担減免：有・無 (確認者)