

枕崎市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

枕崎市長 殿

申請者
住所
氏名
電話

枕崎市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

(ふりがな) 母の氏名		生年月日	年	月	日
緊急連絡先	氏名 (母との関係)				
	住所		電話		
(ふりがな) 子の氏名	(男・女)	出生体重	g	第	子
	(男・女)		g	第	子
出産施設名		退院日	年	月	日
出産日	年	月	日	分娩週数	妊娠 週
妊娠・分娩時の異常の有無					
利用希望施設名	無・有 ()				
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 (ショート・ロング含む) <input type="checkbox"/> 訪問型				
利用期間					
申請理由					
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯				
添付書類	<input type="checkbox"/> 被保護証明書 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税証明書				

- 備考 1 欄については、該当項目にレ印を記入してください。
 2 同意書欄に同意がある場合には、添付書類は不要です。
 3 申請の際は、母子健康手帳、申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）が必要です。

【同意書】

- ① 枕崎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利用施設に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、利用施設から市担当課に情報提供することに同意します。
 ② 利用者負担額確定のために、市職員が私及び私の世帯全員の課税内容の情報を閲覧することに同意します。

年 月 日

利用者氏名 _____