

堺市長 殿

堺市産後ケア事業の実施に関する要綱第5条の規定により、次のとおり堺市産後ケア事業の利用を申請します。

【申請者】

氏 名		電 話 番 号	
住 所		利用者(母親)との関係	

【利用者(母)】

ふりがな氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	郵便番号 堺 市		
電 話 番 号			
出産予定日 ※妊娠中の場合	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊娠週数 <input type="checkbox"/> 在胎週数	週
出産(予定)医療機関・助産所の名称		妊娠回数 ( ) 回 出産回数 ( ) 回	※今回の妊娠・出産含む

【利用者(子)】

ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	出生体重	g
--------	--	------	-------	------	---

【緊急連絡先】

ふりがな氏名		利用者(母親)との関係	
住 所	郵便番号 堺 市		
連絡先①		連絡先②	

【世帯構成】

氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢

【課税状況】

<input type="checkbox"/> 課税世帯 ⇒ <input type="checkbox"/> 利用者負担額の減額を希望する	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 ⇒ ※
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ⇒ 生活保護受給証明書等の提出が必要です。	

※印については、申請する月が1～6月のときは前々年分、7～12月のときは前年分の課税状況等を市民税課税台帳等により確認できる場合は、証明書の提出を省略することができます。ただし、1～6月末までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において堺市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明等の交付を受け、提出してください。

【利用申請理由】

- お母さんの体調に不安がある
- こころの健康アンケートの数値が高い、出産前と比べて気持ちが不安定である
- 育児やお子さんのことで不安がある
- 家事・育児などを手伝ってくれる人がいない
- その他 ( )

【希望するサービス】

	日(泊)数	利用希望時期	利用希望施設
宿泊型	泊		
デイサービス型	日		
希望するケア 該当する項目に ○をつけてくだ さい	1 お母さんのケア [ 心身のケア ・ 乳房管理や授乳の助言 ・ 沐浴指導 在宅での子育てに関する相談 ・ 家族計画に関する相談 ] 2 赤ちゃんのケア [ 発育の確認 ・ 発達の確認 ・ 健康状態の確認 ] 3 その他 [ ]		
特に心配なこと			

【同意欄】

- ① 利用者負担額決定のため、堺市が市民税課税台帳等により、課税状況等を確認すること。
- ② 産後ケア事業の実施に当たり、本利用申請書兼情報提供書に記載された事項等を、必要に応じ利用施設に提供すること及び利用施設が堺市に対して必要な個人情報を提供すること。また、各区の保健センターと子育て支援課との間で相互に必要な個人情報を提供すること。
- ③ この産後ケア事業を利用することができなくなったとき、又は事業の実施を要しなくなったときは、定められた期限までに各区の子育て支援課に連絡すること。
- ④ 実施施設入所時に、利用者負担額を施設に対して支払うこと。
- ⑤ 利用者負担額支払い後に、区分変更等による返金対応できないこと。

上記①から⑤に同意します。 氏名 \_\_\_\_\_

【ここからは、記入不要です。】

利用回数：宿泊型 泊 ・ デイサービス型 日  
 利用施設：  
 世帯区分： 課税世帯 非課税・生活保護世帯

受付日 年 月 日