

(表面)

様式第1号(第5条関係)

堺市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年 月 日

堺市長 殿

私は、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(利用者本人)について】

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(出産日)	年 月 日	在胎週数	週
出産(予定)医療機 関・助産所等の名称	妊娠回数()回 出産回数()回		

【緊急連絡先について】 電話番号は、連絡が付きやすい番号を記入してください。

ふりがな 氏名		申請者との 関係	
住 所	郵便番号 堺 市		
連絡先 ①			
連絡先 ②			

【世帯の状況について】

世帯構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
支援者が いない理由						
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯					
	<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。					

備考

- ※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。
- 裏面も記入してください。

(裏面)

【利用希望について】

利用希望日	宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 午前10時~翌日午前10時(24時間以内)を1日とします。
	デイサービス型	年 月 日・年 月 日 年 月 日・年 月 日 年 月 日 ※ 午前10時~午後7時(9時間以内)を1日とします。
特に利用を希望すること	1 お母さんのケア 〔 2 赤ちゃんのケア 〔 3 その他 〔	〕 〕 〕
申請理由(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、必要に応じ実施施設に提供すること及び実施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。

上記①、②、③及び④に同意します。 氏名 _____

【ここからは、記入不要です】

○ 受付課から実施施設への連絡事項 〔 ○ 利用期間 ・宿泊型 年 月 日 () ~ 年 月 日 () 年 月 日 () ~ 年 月 日 () ・デイサービス型 年 月 日 () ・ 年 月 日 () 年 月 日 () ・ 年 月 日 () 年 月 日 () ○ 受付日 年 月 日 ○ 受付者 所属 () 氏名 () 連絡先 ()	〕
--	---