

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

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】

ふりがな氏名		電話番号	
住所	〒堺市区	利用者(母親)との関係	

【利用者(母)】 氏名・住所・電話番号は申請者と同じ□

ふりがな氏名		電話番号	
住所	〒堺市区		
生年月日	年 月 日 (歳)		
出産予定日 (妊娠中の場合)	年 月 日	☐ 妊娠週数 ☐ 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
--------	--	------	-------	------	---

【課税状況】

☐ 課税世帯 ⇒ ☐ 利用者負担額の減額を希望する	☐ 市民税非課税世帯 ⇒ ※
☐ 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。

【希望するサービス】

訪 問 型	日
【 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。】

世帯区分： ☐ 課税世帯 ☐ 非課税・生活保護世帯

受付日 年 月 日