

堺市産後ケア事業受入依頼書

年 月 日

様

堺市長

印

次の者に対し、次のサービスの利用を承認する旨決定したので、受入れを依頼します。

1 利用者

①氏名（母）	生年月日	年	月	日
②氏名（子）	生年月日	年	月	日
③氏名（子）	生年月日	年	月	日

2 利用日数及び利用期間

・利用日数

・利用期間

3 利用者負担額

備考

- 1 利用者負担額は、通知書に書かれている金額を都度利用施設へ直接お支払いいただきます。
- 2 利用日の状況により、入院又は加療を要すると判断されたときなど、利用を中止していただくこともあります。
- 3 万一利用日程の変更や、利用を中止が生じた場合は、利用者から利用予定施設へ連絡していただきます。キャンセル料は申し出が前日の正午を過ぎた場合に生じます。直接利用者よりお受け取りください。
- 4 堺市産後ケア事業対象サービス以外のサービスを任意に利用されたときは、別途費用がかかります。