

日野市産後ケア事業利用申請書

利用番号

—

(あて先) 日野市長

日野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。

※太枠内をご記入ください。

申請日	年 月 日			申請区分	1. 新規 2. 継続	
申請者	フリガナ				生年月日	年齢
	氏名					歳
	住所	日野市			電話番号	※平日8:30~17:15の間に 連絡がとりやすい番号
					【本人・その他】	
出産病院				妊娠の状態	1 単胎 2 多胎 (胎)	
フリガナ				生年月日	出生体重	
乳児の氏名				年 月 日	週 日 g	
緊急連絡先	フリガナ				利用者との関係	緊急連絡先の電話番号
	氏名				()	
	住所					
世帯区分 ()に○してください。	() 区分A：市民税課税世帯 () 区分B：市民税非課税世帯・生活保護世帯・その他					
世帯構成	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	備考	
申請理由			特に希望するサービス			
※下記のすべての項目に該当する場合にサービスが受けられます。 <input type="checkbox"/> 出産後に家族等から支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 育児、授乳に関して不安がある。 <input type="checkbox"/> 母子ともに医療的な処置は必要ない。			1. 母体の管理や生活面の相談など 2. 乳房ケアに関すること 3. 授乳・沐浴等の育児に関すること 4. 心理的ケア 5. その他 ()			
希望類型						
<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型(デイサービス) <input type="checkbox"/> 宿泊型(ショートステイ)						
※訪問型と通所型(デイサービス)は併用して7回までご利用いただけます。 ※対象者 訪問型：生後1年未満の乳児及び母、通所型：施設による、宿泊型：生後4か月未満の乳児及び母						
同意事項 ※産後ケア事業を提供するにあたり、日野市が必要な情報を取り扱うことに同意願います。						
<input type="checkbox"/> 産後ケアを提供する者に、サービスの利用に必要な情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 産後ケアを提供した者から、市に利用状況の報告を受けること。 <input type="checkbox"/> 利用料に関わる世帯区分を確認するために、利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯構成を、住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧すること。						
上記に同意します			署名 _____			

【市確認欄】

1. 【本人確認】	2. 【利用要件】	3. 【利用希望回数】	4. 【世帯区分】
<input type="checkbox"/> 1 住基確認済	<input type="checkbox"/> 1 該当	<input type="checkbox"/> 1 該当	<input type="checkbox"/> 1 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 3 生活保護受給世帯
<input type="checkbox"/> 2 妊娠婦確認済	<input type="checkbox"/> 2 非該当	<input type="checkbox"/> 2 非該当	<input type="checkbox"/> 2 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()