

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

瀬戸内市長 様

産後ケア事業利用申請書

産後ケア事業利用について、瀬戸内市産後ケア事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。瀬戸内市が今回申請した利用希望施設へ申請事項等を通知し、瀬戸内市が本事業の指導内容等を確認し、及び利用者の母子保健に係る保健指導の参考とすることに同意します。

また、市助成額の加算を申請する場合は、利用者及び世帯に属する者の住民税課税状況又は生活保護受給の有無について関係部署へ照会することに同意します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号		緊急連絡先 (氏名・電話番号)	
子の氏名		出生体重	
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産医療機関		かかりつけ医 連絡先	
利用希望 実施機関		備考	
希望する産後ケア	ショートステイ型 ・ デイサービス型 ・ アウトリーチ型		
利用希望日	ショートステイ	年 月 日～ 年 月 日（ 泊 日）	
	デイサービス	（ 日）	
	アウトリーチ	（ 回）	
市助成額の加算と その理由	☐ 申請しない ☐ 申請する（申請理由をチェック） ☐ 生活保護受給世帯（所得区分1） ☐ 市民税非課税世帯（所得区分2）		

市担当者記入欄
