

清 瀬 市 長 殿

産後ケア事業利用登録申請書

申 請 者

氏 名：(続柄：)

住 所：

電話番号：

下記のとおり、清瀬市産後ケア事業の利用を希望しますので、申請します。

記

(下記に記入または□にチェックをつけてください。)

利用者 (保護者)	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名	□ 申請者と同じ			年齢	歳
	住所	郵便番号 (〒) 東京都清瀬市 □ 申請者と同じ				
	電話番号	□ 申請者と同じ			妊娠期間 (妊婦の場合)	妊娠 週
緊急 連絡先	フリガナ	続柄		電話番号		
	氏名					
乳児	フリガナ	男・女	多胎児 の場合	フリガナ		
	氏名			氏名 (性別)		
	出産 (予定) 日	年 月 日	(第 子)	年齢	か月	
	出産 (予定) 医療機関					
希望種別	□ 短期入所 (ショートステイ) 型 □ 通所 (デイサービス) 型					
申請理由 (複数回答可。全て該当なくても申請可。)	□ 産後に家族等から育児の支援が受けられないため。 □ 育児・授乳について不安があるため。 □ 産後に心身に不安があり、休養の必要があるため。 □ その他申請時にお伝えしたいことがございましたら、ご記入ください。 (内容：)					
減免有無	□ 市民税非課税世帯 □ 生活保護受給者世帯 □ 区市町村民税の非課税世帯と同等の所得水準であると認める世帯 ※減免に該当することを証する書類を添付する。課税状況を清瀬市で確認できる場合、書類の添付は不要。同意書を提出する。					

(申請にあたり以下のことに同意します。)

1

この事業を利用するため、清瀬市から支援を行う者に対して事業に必要な情報を必要な範囲で提供すること。

2

清瀬市が支援を行う者から利用状況の報告を受けること。

3

産後ケア事業利用時に、利用者負担額を支払うこと。

4

課税状況について公簿等で確認すること。

5

医師による医療行為が必要な場合及び感染症の疑いがある場合、本事業を利用できないこと。

6

本事業利用日に母子共に清瀬市民であること。

利用者署名：