

清瀬市長殿

清瀬市産後ケア事業利用申込書

申請者

住所 清瀬市中里5-842 しあわせ未来センター

氏名 清瀬 花子 (続柄 母)

電話番号 060-1234-5678

清瀬市産後ケア事業利用に関する要綱第7条の規定により、清瀬市産後ケア事業の利用希望のため、下記のとおり申請します。

記 ( 回目)

(フリガナ) 利用者氏名	キヨセ ハナコ 清瀬 花子	生年月日	S 〇年 〇月 〇日 ( 〇〇 歳)		
(フリガナ) 子の氏名	キヨセ ジロウ 清瀬 二郎	生年月日	R 〇年 〇月 〇日	男 ・ 女	
住所	郵便番号 (〒204- ) 清瀬市中里五丁目 842 番地 しあわせ未来センター 電話番号 060 ( 1234 ) 5678				
出産日	R 〇年 〇月 〇日	多胎の場合	(〇を付ける) 双胎 ・ 品胎		
緊急連絡先	氏名	清瀬 太郎	続柄	夫	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (✓を入れる)
	住所	郵便番号 (〒 - ) 申請者と住所が同一の場合は、右欄に✓をしてください。			
申請回数	〇1 ●2 〇3 〇4 〇5 〇6 回分 (選択してください)	支払方法	現金のみ		
申請理由 (✓を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 産後家族等からの支援が受けられない ( 夫が単身赴任のため ) <input checked="" type="checkbox"/> 育児・授乳について不安がある ( 母乳について不安 ) <input type="checkbox"/> 産後に心身に不安があり、休養の必要がある ( ) <input type="checkbox"/> その他 具体的に ( )				
免除希望	住民税非課税世帯、生活保護受給世帯、中国残留邦人等支援受給世帯				

利用回数は、1回の申請で複数回希望される場合は、その回数分の利用料をお支払いください。利用料は1回 1,000 円です。

※医師による医療行為が必要な方及び感染症の疑 (申請にあたり以下のことに同意します。)

- この事業を利用するため、清瀬市から支援を行う者から支援を受けること。
- 支援を行う者から利用状況の報告を市が受けること。
- 産後ケア事業利用時に、利用者負担額を支払うこと。
- 課税状況について公簿等で確認すること。

利用料の免除希望をされる方は、こちらにご記載ください。生活保護受給世帯 又は 中国残留邦人等支援受給世帯の方は生活福祉課にて証明書の発行をしてください。

氏名 清瀬 花子