

南魚沼市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(あて先)
南魚沼市長

次のとおり南魚沼市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	氏 名		日中連絡の取れる 電 話 番 号	
	住 所	〒 南魚沼市		
	ふりがな		生 年 月 日 (予定日)	
	子の氏名		年 月 日 (か月 日)	
利用医療機関名				
利用区分及び 利用希望日		☐ 宿泊型（希望期間： 年 月 日～ 年 月 日・日間） ☐ 日帰り型（希望日： ・日間） ☐ 訪問型（希望日： ・回）		
家族等の状況 (どれかに☑)		☐ 家族等が遠方である ☐ 家族等が仕事などで忙しく、援助が難しい ☐ 家族等が疾病等で援助が難しい ☐ その他 ()		
申請者の状況 (該当に☑複数可)		☐ 心身の不調 (具体的に：) ☐ 育児に不安がある（沐浴や授乳など） (具体的に：) ☐ その他 (具体的に：)		
利用するにあたり次の事項について同意します ☐ ←同意の場合は ☒				
1 利用者負担額決定のため、市が世帯の住民基本台帳及び課税状況を確認すること。 2 市が養育状況等の確認のため申請者に連絡すること及び今後の保健福祉サービスにつな げるため医療機関等や市が情報を共有すること。				

【南魚沼市記入欄】

受付年月日	年 月 日	課税区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯・生活保護世帯
委託先確認日	年 月 日	利用可能日	