

宮古市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

宮古市長 様

申請者 住所
氏名 (利用者との続柄)
電話

次のとおり宮古市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者氏名 出生前の申請の場合は、 ※欄は記入不要です。	フリガナ	生年月日	
	氏 名	年 月 日 (歳)	
	フリガナ	出生日(又は出産予定日)	
	※氏 名 (第 子)	年 月 日	
	出産(予定)医療機関	※在胎週数 週	※出生体重 g
利用者住所	☐ 申請者と同じ 〒 電話		
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話番号	
希望するケア	☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 訪問(アウトリーチ)型		
申請理由 ※複数選択可	☐ 産後における心身の不調又は育児への不安等があるため ☐ 乳房ケアや授乳指導を受けたいため ☐ 育児相談のため ☐ 家族から育児の支援を受けることができないため ☐ その他()		

※ デイサービス型産後ケアの利用を希望する方のみ記入

世帯区分	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯
同意欄 ※ 利用には同意が必要で す。	☐ 産後ケア事業の利用にあたり、宮古市が住民基本台帳による世帯状況を閲覧することに 同意します。 ☐ 利用者負担額決定のため、住所を同じくする世帯員の宮古市市民税情報について閲覧 することに同意します。 ☐ 利用に必要な情報を産後ケア実施者に情報提供することに同意します。 また、利用に必要な情報や健康状態について産後ケア実施者から宮古市に情報提供す ることに同意します。

※ 市記入欄

申請受付日	年 月 日	承認 ・ 不承認
課税状況	課税 ・ 非課税 ・ 生保 (月 日確認済)	自己負担額 円
備 考		