

真岡市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

真岡市長

様

申請者

住所

氏名

電話番号

印

真岡市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

申請の種類	1. 新規 2. 継続 (利用した日: _____) _____回				
利用者氏名 <small>ふりがな</small>			生年月日	. . (歳)	
出産 (予定) 日			退院 (予定) 日		
子の氏名 <small>ふりがな</small>			出生体重	g (第 子)	
出産 (予定) 施設名					
退院 (予定) 年月日	年 月 日				
利用希望内容	宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)			
	日帰り型	1回	2回	3回	4回
		月 日	月 日	月 日	月 日
		6回	7回		
	月 日	月 日			
産後ケア実施医療機関					
申請理由 (該当する箇所全てに○をつけてください。)	1	出産の身体回復に不安があるため。			
	2	育児について不安があるため。			
	3	日常生活について不安があるため。			
	4	その他 ()			
世帯の状況 (該当する箇所に○)	市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯				
既往歴・現病歴の有無	○既往歴	1. 無 2. 有 (病名: _____ 時期: _____ 歳)			
	○現病歴	1. 無 2. 有 (病名: _____ 時期: _____ 歳) (治療: 無・継続・中断 内服: 無・有)			
※同意欄					
1 申請者の市(町)税の納付状況及び世帯全員の市民税の課税状況を調査すること。					
2 市が事業を委託する医療機関等に本申請書に記載された内容等を提供すること。					
3 医療に係る処置が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。					
私は、真岡市産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。					
利用者氏名 (自署) _____ 印					
申請受付年月日				決定年月日	

※ 太枠をご記入ください。なお、自己負担額の減免は5回(5泊)までとなります。

※ 生活保護を受けている方は、その旨を証する書類を添付してください。