

(宛先)徳島市長

申請者 続柄()

連絡先

徳島市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので、申請します。

ふりがな 母氏名		ふりがな 児氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (か月)
住所	(〒 -) 徳島市		
上記住所以外の 滞在先	(〒 -)		
母連絡先		出産状況	在胎週数: 週
出産施設			出生体重: g
申請理由	<input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児などの援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> その他()		
留意事項	①通院: なし・あり(病名: 病院名:) ②内服: なし・あり(内服薬:) ③アレルギー: なし・あり(種類:) ④その他配慮が必要なこと()		
予約している 施設	宿泊型 <input type="checkbox"/> 蕙愛産後ケアハウス <input type="checkbox"/> 徳島赤十字病院 <input type="checkbox"/> 徳島県立中央病院 <input type="checkbox"/> その他()		
	通所型 <input type="checkbox"/> 蕙愛産後ケアハウス <input type="checkbox"/> 中山産婦人科・小児科 <input type="checkbox"/> 徳島県鳴門病院 <input type="checkbox"/> その他()		
	訪問型 利用施設名() ※徳島県助産師会を利用される方は記載の必要はありません。		
予約している 日	令和 年 月 日 (から 泊)※宿泊型の場合は記入してください		
希望する サービス	<input type="checkbox"/> 乳房のケア(乳房マッサージ含む) <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> スキンケアの指導 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> その他()		
自己負担額 軽減要件	以下に該当する方は、チェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 上記項目にチェックした場合、自己負担額の決定のため、市が市町村民税課税状況、生活保護受給状況及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査することに同意したものとみなします。 ※転入者等で、市町村民税の非課税を証明するものの提示がない場合、かつ市において市町村民税の確認ができない場合は、市町村民税課税世帯とみなします。		
本人確認書類	1点で可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 2点で可 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 官公署が発行した免許証など <input type="checkbox"/> その他()		

同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- 当事業を利用するために、必要な範囲内で個人の情報を、サービスを利用する機関に提供すること。
- 利用日の調整については、申請者と利用施設が直接行うこと。また、調整によっては希望に添えない場合もあること。
- 自己負担金は利用施設に対して支払うこと。
- 代理申請の場合は記入

徳島市産後ケア事業の申請について次の代理人に委任します

代理人 続柄()

(代理人の本人確認書類をご持参ください)

本人署名
(必須)