

逗子市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

逗子市長

申請者 氏名
 住所 逗子市
 電話
 （利用者との関係 ）

次のとおり、逗子市産後ケア事業の利用を申請します。

利 用 者	(ふりがな) 母の氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
	住 所 (電 話)	逗子市 (電話)		
	(ふりがな) 子の氏名	()	生年 月日	年 月 日生
緊 急 連絡先	氏名・電話	① (利用者との関係：)・電話		
	など	② (利用者との関係：)・電話		
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後、家族などから十分な家事、育児等の援助が受けられない。 <input type="checkbox"/> 体調不良や育児に対する不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用希望日 ・種別	年 月 日 ~ 年 月 日	日	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型	
希望する 実施機関	第1希望			
	第2希望			
世帯区分	<input type="checkbox"/> A階層（生活保護法の適用世帯(免除)）			
	<input type="checkbox"/> B階層（市民税非課税世帯(減免)）			
	<input type="checkbox"/> C階層（市民税課税世帯など）			

<同意書> 私は、この事業の申請に関し、次の事項に同意します。

利用者氏名 _____

- ① 産後ケア事業の利用決定に必要な市民税等に関する情報を逗子市が調査すること。
- ② 市民税の課税状況の確認ができた上で利用が可能であること。
- ③ 産後ケア事業の利用に際し、実施機関と逗子市の間で必要な情報提供、共有がなされること。
- ④ 医療行為が必要となる状態の母子は利用できない場合があること。
- ⑤ 実施機関に対し利用負担金を直接支払うこと。
- ⑥ 利用日の2日前（閉庁日を除く）の16時を過ぎて利用の中止をした場合、自己負担金を直接実施機関に支払うこと。