

総社市産後ケア事業 利用申請書兼同意書

総社市長 様

年 月 日

次のとおり、総社市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	昭和・平成	
	氏名			年 月 日 ( 歳)	
	住所	(〒 - ) 総社市	連絡先		
	緊急連絡先	氏名 :		連絡先 :	
	出産日 (出産予定日)	年 月 日			
	退院日 (退院予定日)	年 月 日			
	フリガナ		出生体重	g	
子の名前 <small>※名前が決まっていない時は「未定」と記入して下さい</small>		出産した施設名			
区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯				
利用希望の産後ケア施設					
利用希望日	短期入所 (ショートステイ) 型 (限度 7 泊)	泊	利用予定日	/ ~ /	
	通所 (デイサービス) 型 (限度 7 日)	日		/	
	居宅訪問 (アトリーチ) 型 (限度 7 日)	日		/	

※利用にあたっての希望は、母子の状況や施設の空き状況などにより希望に添えないこともあります。ご了承ください。

同意欄	<p>(1)産後ケア事業の利用審査及び市負担金の審査にあたり、市が利用者及びその家族の税情報や公簿等、事務処理に必要な情報を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提供します。</p> <p>(2)利用当日に実施施設の状況等により、利用ができない場合があります。</p> <p>(3)市が実施施設に対し、産後ケア事業の実施にあたり必要となる利用者情報や税情報等を提供することに同意します。また、実施施設が、サービスの利用状況等を市へ情報提供することについても了承します。</p> <p>(4)産後ケア利用後の退所時に、市負担額を除いた自己負担金等を実施施設に支払います。</p> <p>(5)母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日 氏名 _____</p>
-----	--