

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

うるま市長 様

産後ケア事業の利用を希望するので、次のとおり申請します。

申請者 氏名：

住 所：

連絡先：

母子健康手帳番号	No.47213-20 () - ()		
利用者の ^{ふりがな} 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	うるま市		電 話：
緊急連絡先	氏名：		利用者との関係 () 電 話：
児の ^{ふりがな} 氏名	(男 ・ 女)		出生体重： g
出 産 日	年 月 日		(第 子)
退 院 日	年 月 日		
出産医療機関			
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ※利用承認日から1歳の誕生日の前日までの期間とする。		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 産後、心身の不調がある。 <input type="checkbox"/> 産後、育児不安などがある。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

同意欄

私は、産後ケア事業の利用申請に当たり次の事項に同意します。

- うるま市が住民基本台帳等による世帯状況及び所得状況について調査すること。
- 利用者の情報を必要な範囲でサービス提供事業者に対し提供すること。
- サービス利用時の状況・結果及び得られた情報について、今後の子育て支援のために関係機関と情報共有すること。
- 利用の変更又は中止をする場合は、利用予定日の2日前の17時までにサービス提供施設等へ連絡をすること。なお、連絡がない場合や前日若しくは当日に変更又は中止をした場合には、キャンセル料が発生するとともに、サービスを1回利用したものとみなします。
- うるま市を転出後に「産後ケア事業利用券」を使用した場合には、利用料全額（委託基準額+利用者担額）を請求いたします。

署 名 _____