

産後ケア事業利用申請書

伊達市長

申請者 住 所
氏 名
(利用者との関係)
電 話

産後ケア事業の利用を次のとおり申請します。

利用者	住所	(郵便番号 ー) 伊達市				電話 ー ー	
	氏名			生年月日	年 月 日		
今回出産した(予定)子	氏名	(第 子)	男・女	生年月日	年 月 日		
		(第 子)	男・女		年 月 日		
出産(予定)施設							
出産(予定)年月日		年 月 日		退院年月日	年 月 日		
利用希望内容							
種類	利用希望期間				利用希望施設		
宿泊	年 月 日 ~						
	年 月 日 合計 日間						
デイ	年 月 日 ~						
	年 月 日 合計 日間						
申請理由(該当項目に○をつけ、どのような状況か具体的に記入してください。)							
1 お母さんの体調回復・休養 ()							
2 乳房の状態の確認・授乳の相談 ()							
3 育児手技の相談 ()							
4 育児の支援者 有 ・ 無 ()							
情報提供について	申請にあたり今後の支援に必要な範囲において、伊達市と利用施設・関係部署で情報共有することに同意します。 ☐						
利用料減免世帯区分	伊達市産後ケア事業の利用について、次の世帯区分に応じた利用料減免の申請をします。 ☐ 一般世帯(住民税課税世帯) ☐ 住民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯						

住民税非課税世帯、生活保護世帯の方で利用料減免申請希望の方は、下記申請書を記載ください。

利用料減免の決定に必要な利用者ご本人及びその世帯員の情報を調査することについて同意します。※	
年 月 日	利用者氏名(署名)

※同意がない方、伊達市で課税状況等が確認できない方は住民税非課税世帯、生活保護世帯であることを証明する書類をご提出ください。

以下の欄は市町村が記載します。

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
---------	-------	-------	-------	----------