

広域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

広域産後ケア事業の利用について、伊達市広域産後ケア事業実施要綱第 7 条第 1 項又は第 13 条第 2 項の規定により、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		
緊急連絡先	氏名	続柄 ()		電話番号	ー	ー		
今回出産した (予定) 子	氏名	(第 子)	男・女	生年月日	年	月	日	
				出生体重	g			
	氏名	(第 子)	男・女	生年月日	年	月	日	
				出生体重	g			
出産 (予定) 施設				妊娠週数	週	日		
出産 (予定) 年月日		年	月	日	退院年月日	年	月	日

※ 2 回目以降は子の出生体重・妊娠週数・出産施設・出産日・退院日は省略可

種類	利用希望期間	利用希望施設
宿泊	年 月 日 ~	
デイ	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 ()		
情報提供の同意	☐ 申請に当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。	
世帯区分	広域産後ケア事業の利用について、次の世帯区分に応じた自己負担額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自己負担額減免申請希望の方は、下記申請書を記載ください。

自己負担額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。

以下の欄は伊達市が記載します。

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