

ひたちなか市産後ケア事業利用申請書

ひたちなか市長 殿

ひたちなか市産後ケア事業の利用について、下記の通り申請します。

| | | | | | |
|------------------------|--|----------|------|-------|--|
| 利用者 | ふりがな 母氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | ふりがな 子氏名 | 男・女（第 子） | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | | | 出生体重 | g | |
| | ふりがな 子氏名 | 男・女（第 子） | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | | | 出生体重 | g | |
| | 在胎週数 | （ ）週（ ）日 | 出産施設 | | |
| | 住所 | 〒 | | | |
| | 連絡先 | （ ） | 時間帯 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名： 続柄（ ） 連絡先： | | | | |
| 利用目的 | <input type="checkbox"/> 産後における母体の管理及び生活面の指導に関する事。 <input type="checkbox"/> 乳房の管理の指導に関する事。 <input type="checkbox"/> もく浴，授乳等の育児指導に関する事。 <input type="checkbox"/> その他母子に必要な保健指導に関する事。 | | | | |
| 利用希望施設 | ① | ② | ③ | | |
| 利用区分 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 訪問型 | | | | |
| 利用希望期間 | (利用日数： / 7日) | | | | |
| 区分 (該当する場合レ点) | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護法受給世帯 | | | | |
| 同意欄 (同意する項目に レ点) | <input type="checkbox"/> ひたちなか市産後ケア事業を利用するに当たり、適切に事業を実施するために必要な情報を利用医療機関，助産所等に提供することに同意します。 (※備考に規定する書類の提出を省略する場合のみ) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の場合，同一世帯の課税状況又は生活保護の認定状況について情報を取得することに同意します。 | | | | |
| | 申請者氏名 (本人が自署しない場合は，記名押印してください。) | | | | |

備考①市町村民税非課税世帯に属する場合にあつては市町村民税非課税世帯証明書を，生活保護受給世帯に属する場合にあつては生活保護受給証明書を提出してください。

②2回目以降の利用で，利用者住所，連絡先，緊急連絡先が初回申請から変更が無い場合，利用者欄は母氏名及び生年月日の記入のみでよい。

ひたちなか市産後ケア事業利用変更申請／中止届出書

ひたちなか市長 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり産後ケア事業の利用を変更（中止）したいので申請（届出）をします。

| 申請内容 | 変更 ・ 中止 | |
|----------|---------|-----|
| 変更（中止）理由 | | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| | | |