

明石市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

明石市長様

次のとおり明石市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名 生年月日	S・H 年 月 日	住所 電話番号	〒 - 明石市 携帯番号() 自宅()
乳児	フリガナ 児の氏名 生年月日	R 年 月 日	出生時 の状況	出産医療機関名() 在胎週数(週) 出生体重(g)
	フリガナ 児の氏名 生年月日	R 年 月 日		出生体重(g)
	フリガナ 児の氏名 生年月日	R 年 月 日		出生体重(g)
上記以外の同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校・所属園等の名称
			S・H・R 年 月 日生	
			S・H・R 年 月 日生	
			S・H・R 年 月 日生	
			S・H・R 年 月 日生	
緊急連絡先	氏名 続柄	(夫・実父母・義父母・その他)	住所 電話番号	()
	氏名 続柄	(夫・実父母・義父母・その他)	住所 電話番号	()
利用希望サービス	宿泊型	利用希望日時 ①(月 日) ②(月 日) 希望事業所()	注意事項	①医療機関での治療が必要な場合は利用できません。 また、利用中に体調の変化等があった場合は、サービス利用を中止し、医療受診をお願いすることがあります。 ②施設の空き状況により、希望日時からの利用開始ができないことがあります。
	デイサービス型	利用希望日時 ①(月 日) ②(月 日) 希望事業所()		
	訪問型	利用希望日時 ①(月 日) ②(月 日)		
利用目的	①乳房管理・ミルク・授乳相談 ②乳児の育児相談 ③沐浴支援 ④母の体調管理・休息 ⑤その他()			
減免申請	※該当の方のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
	【課税状況について】			
	利用日が ・6月30日以前の場合 → 前年度の課税状況を適用します。 ・7月1日以降の場合 → 今年度の課税状況を適用します。	課税基準日(1月1日)時点で ①明石市内に住民登録がある方 → ご自身でご確認いただく必要はございません。 ②転入された方など、明石市で課税情報を確認できない方 → 非課税世帯に該当する場合は、原則当月中に市民税課税(非課税)証明書をこども健康課にご提出ください。		
課税状況確認および情報提供に関する同意書				
明石市長様				
明石市産後ケア事業の利用料の確認のため、申請者及び申請者の世帯の課税状況について、市の保有する公簿等により確認することに同意します。 本申請書の内容及び利用者の健康状態について、明石市産後ケア事業を利用する事業者提供することに同意します。 また、利用する事業者から利用時の健康状態について市へ情報提供することに同意します。				
申請者 氏名 _____				
令和 年 月 日 生計中心者 氏名 _____				