

赤磐市長 様

赤磐市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|--------------------|-------|
| 申請者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | |
| 電 話 番 号 | | 緊急連絡先 (氏名・電話番号) | |
| 子 の 名 | | 出 生 体 重 | |
| 出産(予定)日 | | 退院(予定)日 | |
| 出産医療機関 | | かかりつけ医 連 絡 先 | |
| 希 望 する ケアの種類 | | 利 用 希 望 実 施 機 関 | |
| 利 用 希 望 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日) | | |
| 所 得 区 分 | 1.生活保護世帯 2.非課税世帯 3.その他世帯 | | |

【所得区分1又は2で申請する場合は、下記内容を確認の上記入してください】

所得区分の確認に必要なため、利用者及び世帯に属する者の住民税課税状況又は生活保護受給の有無について関係部署へ照会することに、同意します。

また、今回申請した利用希望施設への申請事項の通知および本事業の利用状況等を赤磐市が今後の利用者の母子保健にかかる保健指導の参考とすることに同意します。

| | |
|-------|-----------|
| 同意者氏名 | (利用者との続柄) |
|-------|-----------|

※課税台帳等で所得区分が確認できない場合、別途資料の提出を求める場合があります。

| |
|--|
| 市町村使用欄 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 |
|--|