

魚沼市産後ケア利用申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会

申請者(産婦本人)
住 所 魚沼市
氏 名
生 年 月 日
電 話 番 号

(後日、保健師及び事業者が電話する場合があります。連絡可能な番号をご記入ください。)

次のとおり、魚沼市産後ケアの利用を申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長
希望するケア	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 訪問
(ふりがな) 子の氏名	(第 子)
性別	男 ・ 女
出産医療機関	
利用希望 ・ 宿泊、日帰りは通算7日以内 ・ 訪問は2日以内	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	<input type="checkbox"/> 日帰り型 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	<input type="checkbox"/> 訪問型 ① 年 月 日・② 年 月 日
利用希望理由 (該当する項目にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 支援者がいない <input type="checkbox"/> 産後の心身の不調 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> その他 ()

同意書

私は、魚沼市産後ケア事業を利用するに当たり、次の事項について同意します。

申請者氏名

- 産後ケア利用の承認のため、魚沼市が申請者の世帯の課税状況及び住民基本台帳等について調査すること。
- 魚沼市が産後ケアを実施する事業者に対し、産後ケア事業実施のために必要な範囲内で申請者及び乳児の情報を提供すること。
- 産後ケアを実施した事業者が、魚沼市へ産後ケア実施状況を報告すること。

【魚沼市記入欄】

申請受付年月日	年 月 日	審査結果	承認 ・ 不承認 ()
決定年月日	年 月 日	自己負担区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 ・ <input type="checkbox"/> 減免世帯 (自己負担半額)
【所見等】			