

上尾市産後ケア事業利用申込書

年 月 日

(宛先)
上尾市長

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

F A X _____

E-mail _____

同意事項に同意の上、下記のとおり、上尾市産後ケア事業の申し込みをします。

利 用 者	ふりがな 氏名 (母親)		生年月日 (歳)	
	ふりがな 氏名 (乳児)		生年月日 (か月)	
	ふりがな 氏名 (乳児)		生年月日 (か月)	
	住 所	上尾市 TEL		
	緊急連絡先	① 氏名 利用者との関係 TEL	② 氏名 利用者との関係 TEL	
利 用 種 別	☐ 宿泊型事業	希望日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
			年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
			年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
	☐ デイサービス型 事業	希望日	年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	
	☐ アウトリーチ型 事業	希望日	年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	
	希望する医療機関	①	②	③
申 請 理 由 (心配していること等)				
希望するケアの内容				
出 産 医 療 機 関		退院日	年 月 日	
食物アレルギーの有無	有 () 無			

【同意事項】

- 1 産後ケア事業の対象者（上尾市に住所があり、出産後1年未満）であること。
- 2 市が当該利用について適当ではないと判断した場合、利用の取り消し（停止）に応じること。
- 3 産後ケア事業の利用時に、自己負担金を医療機関に支払うこと。
- 4 市が委託医療機関に対し、申請者の情報を必要な範囲で提供すること。
- 5 医療機関が、市に利用状況を報告すること。
- 6 事業の利用要件確認のため、市が保有する住民基本台帳や世帯の課税情報等を確認すること。

1～6について説明を受け同意します。 自署_____