様式第１号

八代市産後ケア事業利用申請書兼同意書

八代市長　宛

私は、次のとおり八代市産後ケア事業の利用を申請します。

申請日　　年　　月　　日

利用申請者	ふりがな			生年月日	S・H　年　月　日(　歳)		
	産婦氏名			電話番号			
	住　所	〒 八代市					
	緊急連絡先	氏名		続柄		電話	
		住所	同上　・　その他（　　）				
	出産(予定)医療機関			出産日(出産予定日)	R　年　月　日		
子	乳児の氏名①			出生体重	g	妊娠週数	週　日
	乳児の氏名②			出生体重	g		

世帯構成	氏　名	続柄	生年月日	氏　名	続柄	生年月日
	①		S・H・R	④		S・H・R
	②		S・H・R	⑤		S・H・R
	③		S・H・R	⑥		S・H・R

世帯の市民税課税状況	課税　・　非課税　・　生活保護　・　不明

希望するサービス 希望するサービスに☑	利用希望期間	利用希望泊(回)数 (合計６回まで)	利用希望施設
□　宿泊型ケア	年　月　日 ～　年　月　日	泊　日	
□　多胎利用	年　月　日 ～　年　月　日	泊　日	
□　訪問型/通所型ケア	年　月　日 ～　年　月　日		

申請理由 希望する項目に☑	□授乳相談・乳房ケア　□赤ちゃんの抱っこや沐浴など育児アドバイス □産後の体調・不安について相談　□休息　□その他（　　）

以下の項目に該当する場合は、産後ケア事業の利用はできません。確認し☑をお願いします。

□申請者（母）及び乳児に感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）はない。
□申請者（母）に医師が医療の必要ありと判断する心身の不調や疾患はない。

①八代市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から八代市健康推進課に情報提供することに同意します。
②利用料に係る所得区分を確認するために、健康推進課が審査に必要な範囲で世帯員全員の住民票登録資料、税務資料等について状況調査することに同意します。
③転入等のため世帯の課税状況が市の税務資料等で確認ができない場合において、市町村民税非課税世帯であることを証明する資料を提出しない場合は、市民税課税世帯とみなされることに同意します。
④利用料、その他実費については、直接施設に支払います。
⑤市の事業利用承認前に事業を利用し、審査の結果事業利用不承認となった場合は、利用料を全額支払います。

年　　月　　日　　（申請者本人が自署した場合、押印は不要です）

利用申請者氏名　　印

代理者氏名　　（続柄　　）

市町村記入欄		
	受付処理	□　課税情報の確認　　課税証明の提出　　不要　・　要 □　転入前市町村の課税証明未提出の場合、区分A課税世帯での認定の同意
	判定	区分A　市民税課税世帯　　区分B　市民税非課税世帯　　区分C　生活保護世帯
		受付日　：令和　年　月　日　　受付者（　　）　□コピー渡し　□写メ

※申請書受理後、利用者証が届く前に利用される場合は、「課税」世帯として利用料をお支払いいただきます。