

伊那市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 伊 那 市 長

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	住 所			
	氏 名			
	電話番号			
	子の氏名	(第 子)		
申請の種類 (該当を○で囲んでください。)	新規 ・ 継続	母子健康手帳交付番号		
産後ケアの種類 (利用する産後ケアに○をしてください。)	<input type="checkbox"/> 入所〈宿泊〉 <input type="checkbox"/> 日帰り〈デイケア〉 <input type="checkbox"/> 訪問			
出産施設名				
出産年月日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日	
利用(予定)期間	年 月 日から 年 月 日の 日間			
産後ケア事業利用医療機関等名				
利用したい理由(番号及び()内の当てはまるもの全てに○をしてください。) 1 休息目的(睡眠不足・育児に疲れてしまった・授乳が頻繁で休めない・上の子に手がかかり休めない) 2 心配なことがある(授乳がうまくいかない・沐浴の仕方がわからない・子の体重の増えが少ない) 3 不安が多い(育児全体・母児同室できなかった・夜間の育児・子と2人きりの時の不安) 4 その他(具体的に記入してください)				
※申請受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日	

- 注) 1 申請者欄は、申請者(利用者)が署名又は記名してください。
 2 利用期間は1か月ごと(その月の月末まで)の期間とし、その間の利用日数を記入してください。異なる医療機関・助産所を利用する場合は、医療機関・助産所ごとの申請書の提出をお願いします。
 3 当初の7日間の利用日数を超えて、延長利用したい場合は追加で7日間まで延長できます。必要な場合は子育てサポート課母子保健係までご連絡ください。
 4 生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に生活保護受給証明書の写しを添付してください。
 5 市民税非課税世帯の方は費用を減額できます。希望される方は裏面に記入してください。なお、転入された方は、前住所地の所得証明(世帯全員分)を提出してください。
 6 ※印欄は、市担当者が記入しますので、記入しないでください。

問い合わせ先：伊那市子育てサポート課母子保健係(伊那市保健センター内) 電話：78-9711

生活保護世帯及び市民税非課税世帯に該当するときは、費用を減額し、又は免除することができます。

希望される方は、次の欄もご記入ください。

(宛先) 伊那市長

表面の事業実施にかかわる費用について、次の理由により減免の申請をします。

また、減免の決定のために、利用者及び利用者の属する世帯の課税資料について、担当職員が閲覧することに同意します。

減免の申請理由について

- 1 生活保護世帯
- 2 市民税非課税世帯

年 月 日

住 所

氏 名

(添付書類)

世帯全員分の所得証明 (伊那市で確認できない場合に限る。)