

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。

利用する場合は、私（申請者自身）が、利用日時、利用者負担金額等について、受託医療機関等と、事前に協議し、伊那市産後ケア事業利用助成券を適正に利用します。

申請者 (利用者)	住所			
	氏名			
	電話番号			
	母子手帳交付番号	年 月 日交付	番	
	出産予定日 * 出産後の場合は出産日	出産予定日・出産日 年 月 日		
	子の氏名 (出産前等の場合は記載不要)			
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				
※申請受付年月日		年 月 日	※決定年月日	
		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 生活保護法による保護を受けている方で費用の免除を受けている方、又は市民税非課税世帯の方で費用の減免を希望される方は、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。

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

(宛先) 伊那市長

表面の事業の利用に係る費用について、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。)