

士別市産後ケア事業利用（登録）申請書

年 月 日

士別市長 様

下記のとおり、士別市産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

利用者 (母)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	士別市			
	電話番号		緊急 連絡先	氏名 電話	(続柄)
	出産病院				
子	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名				
申請理由 <small>※当てはまるものに ○をつけてください</small>		産後の体調や育児、授乳や混合栄養等で不安がある方			
		その他 理由 ()			
利用希望 助産所					
<p><同意欄></p> <p>① 申請内容に虚偽があった場合は、士別市産後ケア事業を利用することはできません。</p> <p>② 利用日の調整は、申請者と助産所が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。</p> <p>③ 士別市産後ケア事業利用に必要な情報を助産所に提供します。</p> <p>④ 利用の結果については、助産所が市に報告します。</p> <p>⑤ 利用期限や回数を超えて助産所を利用する場合、超過分は士別市産後ケア事業の対象外となります。</p> <p>⑥ 市が住民基本台帳、生活保護台帳を閲覧し、自己負担金が決定されます。</p> <p>※③と④については、助産所が協力事業所である場合に限りです。</p> <p>上記、①②③④⑤⑥に同意します。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(続柄)</p>					

※市記入欄

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
承認の有無	<input type="checkbox"/> 決定	<input type="checkbox"/> 非該当	
自己負担	<input type="checkbox"/> 1,000円 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯：0円		
備考欄			