

(様式第1号)

# 岡山市産後ケア事業利用申請書

岡山市長あて

利用者	フリカテ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	電話番号	— —		
	利用を希望する産後ケア種別と施設名	<input type="checkbox"/> 宿泊産後ケア	宿泊産後ケア 利用施設名	
	<input type="checkbox"/> 日帰り産後ケア	日帰り産後ケア 利用施設名		
※宿泊・日帰り両方を利用するときは両方記入				
宿泊産後ケア利用希望日数	年 月 日 ~ 泊 ( 日 )			
※宿泊産後ケア利用を希望する場合のみ記入				
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な家事、育児の援助が受けられないため (産後ケアを利用するためには、こちらにチェックが入ることが必須となります)			
	いずれかに チェック。 その他の理 由は具体的 に記入してく ださい。	<input type="checkbox"/> 母体の安静のための休養を希望するため <input type="checkbox"/> 育児指導及び保健指導を希望するため <input type="checkbox"/> その他の理由( )		
出産日	年 月 日			
出産した施設名				
退院予定日または退院日	<input type="checkbox"/> 退院予定日	<input type="checkbox"/> 退院日	年 月 日	
フリカテ 出産した子の氏名			出生時の 体重	g
※名前が決まっていないときは「未定」と記入して下さい				
利用者区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 当該年度の市民税非課税世帯			
※適用を受ける場合は必ず記載してください。 記載がない場合、該当であっても適用になりません。				

上記のとおり申請します。なお、利用者区分に該当する場合、生活保護受給の有無、又は利用者及び世帯に属する者の住民税課税状況について関係部署へ照会することに同意します。※※

※※市の台帳で確認できない場合は別途世帯の所得証明書等の資料を求めることがありますので、ご了承ください。

また、今回申請した利用希望施設へ申請事項等の通知および、本事業の利用の状況等を岡山市が今後の利用者の母子保健に係る保健指導の参考とすることに同意します。

年 月 日
申請者氏名

※申請を行う場合には、親子手帳を持参してください。

----- これより下は岡山市処理欄です。記入しないでください。 -----

申請受付年月日	年 月 日
利用許可決定年月日	年 月 日
産後ケア実施施設名	

利用者から施設へ仮予約済

岡山市から施設へ仮予約確認済