

富良野市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 富良野市長

申請者 住 所 富良野市
氏 名
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、富良野市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利用者	氏 名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日 (才)
	住 所	富良野市			
	出産 (予定) 日	令和	年	月	日出産 (予定)
	分娩 (予定) 施設				
	乳児氏名		(生後	カ月)	
		(生後	カ月)		
申請理由 <input type="checkbox"/> に✓	<input type="checkbox"/> 産後に家族や親族から十分な育児、家事等の支援を受けられない <input type="checkbox"/> 産後の体調不良 (心身の回復に不安がある) <input type="checkbox"/> 授乳 (乳房ケア等) や沐浴等育児に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用希望の種類	短期入所型 ・ 通所型 ・ 訪問型 * 「訪問型」は産後1年まで、「短期入所型」「通所型」は6カ月まで利用できます				
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 月 日				

私は産後ケア事業の申請にあたり次の事項に同意します。

- 産後ケア事業の利用にあたり事業の実施や利用者の支援のために出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、富良野市が委託先医療機関に対し必要な個人情報を提供すること及び委託先医療機関が富良野市に対して必要な個人情報を提供すること
- 生活保護受給世帯に属する者は生活保護受給証明書を提出すること、市民税非課税世帯に属する者は富良野市が課税状況について調査すること

氏 名
