

第 1 号様式

新発田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな			生年月日	年 月 日
氏 名			(年齢)	(歳)
住 所	〒			
電話番号				
利用する乳児の氏 (妊娠中の場合は、名をベビ ーと記入してください)		生年月日 (出産予定日)	年 月 日	
利用を希望する サービス内容に ☑してください	☐ 宿泊型・デイサービス型（日帰り）・アウトリーチ型（家庭訪問） ☐ 里帰り先で産後ケアを利用を希望する 里帰り先住所（ ） 里帰り先世帯主名（ ） ※里帰り中に産後ケアを利用する場合、滞在先の市町村が委託契約している 産後ケア施設に限り、新発田市が利用料金を一部負担します。			
申 請 理 由 当てはまるものすべて に☑してください。	申請者の状況について ☐ 産後に心身の不調がある、休息を取りたい ☐ 育児について不安がある ☐ サポート不足 ☐ その他（ ）			
同意書 私は新発田市産後ケア事業に関し下記の事項に同意します。 1 委託料決定のため、市が申請者及びその配偶者の住民基本台帳を閲覧し、及び市税の課税状況を確認すること 2 市民税非課税世帯に対する利用者負担減免において、市で申請者及びその配偶者の課税状況が確認できない場合、申請者及びその配偶者の当該年度の課税証明書を提出しないときは利用者負担減免を受けられないこと 3 適切な保健福祉サービスにつなげるため、委託医療機関等と市が産後ケア事業に係る情報を共有すること。 申請者氏名 配偶者（夫）氏名				

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	課税 ☐ 非課税 ☐
-------	-------	-------	-------	--