

番号

墨田区産後ケア事業利用申請書

墨田区長 様 令和 年 月 日

次のとおり、産後ケア事業(宿泊型産後ケア、外来型乳房ケア、訪問型乳房ケア)の利用を申請します。

フリガナ			
申請者氏名 (利用者)	生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所 電話番号	墨田区 () -		
出産日 (予定日)	年 月 日	出産医療機関	名称
世帯区分	住民税課税世帯	住民税非課税世帯	生活保護世帯
申請理由 (複数回答可)	身体の回復や体調に不安がある 授乳に不安がある、または不安な気持ちが強い 家族などの支援が得にくい 赤ちゃんとの生活に不安がある 育児に不安がある その他(具体的に) []		
産後ケアで 希望すること (複数回答可)	産後の母体のケア 授乳についての助言 休養の取り方の助言 赤ちゃんの発育・発達についての助言 赤ちゃんのケアについての助言 育児についての助言 その他(具体的に) []		

同 意 書

私は、当申請に関し次の事項に同意します。

利用者氏名 _____

- (1) このサービスを利用するために、申請書の内容を事業者(施設や助産師)に提供すること及び利用者の状況等について、事業者から墨田区に情報提供をすること。
- (2) 利用時に利用者負担金を事業者に直接支払うこと。
- (3) 母子保健サービス提供のために、利用時の状況等に関する情報を墨田区が利用すること。
- (4) 産後ケアサービスを受けた結果に基づき、墨田区から連絡することがあること。

住民税非課税世帯又は生活保護世帯の方は、裏面の同意書にも御記入ください。

受付

区使用欄

区 分
住民税課税
非課税・生活保護

墨田区長 様

同意書

令和 年 月 日

申請者（利用者） フリガナ 氏名

生年月日 年 月 日

墨田区産後ケア事業を利用するにあたり、自己負担金の決定に必要な、私の世帯の「税務課が保有する住民税の課税状況」及び「生活福祉課が保有する生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給状況に関する情報」を利用することに同意します。

1 同意者（申請者本人） フリガナ 氏名

令和2年1月1日住所

2 同意者（申請者と同じ世帯員の署名）

・申請者との続柄（ ）

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

令和2年1月1日住所

・申請者との続柄（ ）

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

令和2年1月1日住所

・申請者との続柄（ ）

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

令和2年1月1日住所

未成年者については、親権者の代筆で可