

墨田区産後ケア事業利用申請書

申請日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

墨田区長 様

【同意事項】に同意のうえ、墨田区産後ケア事業の利用を申請します。

1 申請者（利用者）

フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日	
現住所	墨田区 電話 - -		
出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関名	

2 申請理由（該当する項目のチェック欄に『✓』を入れてください。複数回答可）

身体の回復や体調に不安がある。
 授乳に不安がある又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： _____ ）

3 世帯区分（申請者の世帯が該当するチェック欄に『✓』を入れてください。）

住民税課税世帯 住民税非課税世帯 生活保護世帯 中国残留邦人等支援給付世帯	}	<u>住民税非課税世帯、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付世帯のいずれかに該当する方は、裏面の同意書にも記入してください。</u>
--	---	---

【同意事項】（各項目のチェック欄に『✓』を入れてください。）

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。
 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。
 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。
 利用時に利用者負担金を事業者に直接支払うこと。（利用者負担金免除の方を除く）

収 受 印

担当への連絡事項

申請書預かり場所		
本所	向島	
郵送	保健計画	
FAX	子家	
電話		
利用承認番号		
R	SH	SHF
	SM	SMF

住民税非課税世帯、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付の受給世帯の方で、利用者負担金の免除を希望される方はご記入ください。記入がない場合、利用者負担金をお支払いいただいております。利用者負担金の免除をご希望の非課税世帯の方で、1/1現在墨田区外にお住まいだった方は、当該自治体で世帯全員の非課税証明書を取得して添付してください。

同 意 書

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

墨田区長 様

申請者（利用者）氏名 _____

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）

氏 名	
1/1現在住所	

2 同意者（申請者と同じ世帯員の署名） 未成年者については、親権者の代筆で可

	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	1/1現在住所					本人から見た続柄	
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	1/1現在住所					本人から見た続柄	
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	1/1現在住所					本人から見た続柄	
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	1/1現在住所					本人から見た続柄	
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	1/1現在住所					本人から見た続柄	