

様式第1号（第7条関係）

池田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

下記の通り、池田市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所	池田市 電話				
		緊急連絡先 氏名 申請者との関係 住所 電話				
	出産(予定) 医療機関					
	※妊娠中の方は太枠内は空欄で提出し出産後に連絡ください。訪問型の希望の場合は出産後に提出してください。					
	出産日	年 月 日				
	児の氏名 (多胎は併記)		出生体重	g	在胎週数	週 日
世帯構成 (上記申請者 以外の者)	氏 名	続柄	生年月日(年齢)			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
			年 月 日 (歳)			
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型					
ケアを希望する理由						
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					
同意欄	1. 池田市産後ケア事業の利用にあたり、池田市が委託医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること、及び医療機関等が池田市に対して必要な個人情報を提供すること。 2. 池田市が池田市産後ケア事業に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯人員の市民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。 3. 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに当該施設に連絡すること。 4. 自己負担金を施設に対して支払うこと 上記1~4について、同意いたします。 <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名 _____</p>					

【池田市記入欄】

- | | | | |
|-------------|---|--|------------------------------|
| ①受理日
() | ②世帯区分
<input type="checkbox"/> 課税世帯
<input type="checkbox"/> 非課税世帯
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | ③利用可否
<input type="checkbox"/> 可
<input type="checkbox"/> 不可 | ④出産後の連絡日
妊娠中の申請の場合
() |
|-------------|---|--|------------------------------|