

年 月 日

池 田 市 長 様

下記の通り、池田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 電話	
	出産（予定） 医療機関					
	出産日	令和 年 月 日				
児の氏名	(第 子)	出生体重	g		在胎週数	週 日
	(第 子)		g			
	(第 子)		g			
世帯構成	続 柄	氏 名	生年月日（年齢）		職 業	
	申請者					
申請理由 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 出産後、家事・育児などを十分に手伝ってくれる人がいないため <input type="checkbox"/> 出産後育児について、不安があるため <input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安や不良があり、休養を取りたいため <input type="checkbox"/> その他（ ）					
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他					
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。 令和 年 月 日 申請者氏名					

## 【池田市記入欄】

- 世帯区分確認： 課税世帯  利用可否： 可  
 非課税世帯  不可  
 生活保護世帯

委託事業者