

函館市産後ケア事業利用申請書

函館市長 様

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者本人)	利用区分	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型	
	ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日	
	住 所	函館市 電話 携帯			
	緊急連絡先	氏名 (利用者との関係)			
		住所	電話		
	子の氏名		出生体重	g (第 子)	
出 産 日		退院(予定)日			
出産医療機関		かかりつけ医			
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
利用希望施設名					
申 請 理 由 (具体的に記入 してください)	以下のケアを受けたいので、申請します。 <input type="checkbox"/> 産婦の母体管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴,授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他の保健指導 ()				
世 帯 の 区 分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯				
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書				
同 意 書					
① 利用料に係る階層区分を確認するため、函館市が審査に必要な範囲で課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要書類を提出すること。					
② 産後ケア事業の利用にあたり、函館市が委託する利用施設に対して必要な個人情報を提供すること、および利用施設が函館市に対して必要な個人情報を提供すること。					
上記①②に同意します。 申請者氏名(自署) _____					