様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

香南市長　様

# 香南市産後ケア事業利用申請書

【申請者】

住　　所：

氏　　名：

利用者との続柄

電話番号：　　―　　―

香南市産後ケア事業を利用したいので、香南市産後ケア事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。なお、この申請に当たり私の世帯の市民税の課税状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>利用者氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） |
| 住　　所 | （〒　　－　　）香南市 | | |
| 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　（続柄：　　）電話（携帯） | | |
| 出産（予定）日 | 年　　月　　日 | | |
| 出産医療機関 | | | |
| 申請理由 | １　出産後の乳房の手当や身体的回復に関する相談<br>２　育児に関する相談<br>３　休養や栄養など日常生活に関する相談<br>４　その他（　　） | | |
| 世帯の区分 | □　市民税課税世帯　　□　市民税非課税世帯　　□　生活保護世帯 | | |
| ※担当者記入欄 | 決定内容　：　承認　・　不承認<br>承認通知書送付日　：　年　月　日（承認Ｎｏ　　）<br>自己負担額　：　ショートステイ型　１泊目　　円<br>２泊目以降　　円<br>アウトリーチ型　１回につき　　円 | | |

※　世帯の区分は、当該年度の市民税(４月から６月までの利用に係る申請は、前年度の市民税)の状況を確認します。市の台帳で確認できない場合は、別途あなたの世帯の所得証明書等の資料を求めることがありますのでご了承ください。

※　生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書の提出をお願いします。

※　サービス利用時点で、香南市に住民票のある産婦の方が対象者となります。