

(様式第1号)

## 柳川市産後ケア事業 利用申込書

柳川市長様

令和 年 月 日

【事業所名： 】

私は、下記の項目に該当するため、柳川市産後ケア事業の利用を申請します。(該当に☑)

私は、柳川市に住民登録があり、体調等の回復や育児に不安があります。

産後1年未満の母親及びその乳児です。

申請に際して以下①～⑤のことに同意します。

- ① 利用申込書と事業実施送り書を柳川市へ提出し、要件診査のために住民基本台帳による調査を行うこと。
- ② 産後ケア事業の利用に必要な情報を、柳川市が委託事業者へ情報提供すること及び委託事業者が柳川市に対し必要な個人情報を提供すること。
- ③ 柳川市が私の世帯の課税状況及び所得について、関係部署から必要な情報を取得すること(私以外の世帯構成員からも同意を得ています)。
- ④ 産後ケア事業実施施設退所時、利用者負担金等を施設に対して支払うこと。
- ⑤ 既定の回数を超えて利用した場合は、実費相当額の全額を負担すること。

ふりがな 母の氏名		生年月日	S・H	年	月	日( 歳)
住 所	〒 柳川市					
電話番号		緊急連絡先	氏名 (子との関係) TEL			
ふりがな こどもの氏名		(第 子)	生年月日	R	年	月 日(現在 か月)
出生体重	g	栄 養	母乳	回/日	・ ミルク	ml 回/日
生まれた病院名			妊娠期間		週	日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯					

\*減免の対象の方は、下記の書類を一緒に添付してご提出ください。

①生活保護の方・・・生活保護証明書

②市民税非課税世帯の方・・・非課税証明書

下記については、施設と利用日を打ち合わせてご記入ください。

サービス名	利用日		今回何回目の利用
ショートステイ	月 日から 月 日まで	( )泊	( )回目
デイケア・デイケア(母乳)・アウトリーチ	月 日		( )回目
デイケア・デイケア(母乳)・アウトリーチ	月 日		( )回目
デイケア・デイケア(母乳)・アウトリーチ	月 日		( )回目