

高知市長 様

年 月 日

高知市産後ケア事業利用申請書

フリガナ			昭和	年	月	日
利用者氏名			平成	年	月	日
住所	高知市					
電話番号	携帯(本人)					
緊急連絡先	氏名 (続柄)		電話(携帯)		-	-
出産(予定)日	年		月	日		
出産(予定)医療機関						
申請理由(具体的に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が受けられない <input type="checkbox"/> 体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児不安がある <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 母乳育児に不安がある <input type="checkbox"/> その他()					
利用したい事業の区分	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 宿泊型 (利用を希望する施設名:) <input type="checkbox"/> 通所型 (利用を希望する施設名:)					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
					良・不良	
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	
※担当者記入欄	承認通知書送付日: 年 月 日 (承認No. . 不承認)					

上記のとおり、高知市産後ケア事業の利用を申請いたします。なお、この申請に当たり世帯の所得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並びに転入等のため世帯の所得状況が市の台帳で確認できない場合において、所得証明書等市民税非課税世帯であることを証明する資料を提出しない場合は、市民税課税世帯とみなされることに同意します。

- ※ 出産後に申請する場合は、世帯構成欄に出生児の氏名を記入してください。
- ※ 所得状況は、前年の所得(1月から6月までの申請については、前々年の所得)を確認します。
- ※ 市民税非課税世帯であり、かつ、転入等のため所得状況が市の台帳で確認できない場合は、別途世帯の所得証明書等の資料を提出していただきます。
- ※ 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。

また、高知市産後ケア事業の委託先へ申請事項等の記載内容を情報提供すること及び本事業の利用状況等を今後の母子保健事業に活用していくことに同意します。

申請者住所 _____

(自署の場合は印不要)

申請者氏名 _____

電話番号 _____