

記入例

産後ケア利用申請書

倉敷市長あて

今回申請した利用希望施設へ申請事項等の通知をするとともに、倉敷市が本事業の指導内容等を確認し、利用者の母子保健に係る保健指導の参考とすることに同意します。
また、市負担額の加算を申請する場合は、利用者及び世帯に属する者の市県民税の課税状況、又は生活保護受給の有無について関係部署へ照会することに同意します。（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求めることがあります。）

			申請日	令和 6 年 4 月 10 日	
申請者	フリカ`ナ	クラシキ ハナコ		生年月日	昭和 10 年 1 月 1 日 平成
	氏名	倉敷 花子			
	住所	〒 710 - 0834 倉敷市 笹沖170番地 コーポヘルシー101			
	電話番号	090 - 1111 - * * * *		利用者との続柄	本人

利用者	☒ 申請者と同じ →記入不要です	フリカ`ナ			生年月日	昭和 年 月 日 平成
		氏名				
	☐ 申請者と異なる →記入してください	住所	〒 - 倉敷市			
利用を希望する産後ケア	利用を希望する産後ケア種別・施設名 ※利用しない産後ケア種別は記入不要		☒ 宿泊	利用施設名	〇〇助産院	
			☒ 日帰り	利用施設名	〇〇助産院	
			☒ 訪問	利用施設名	〇〇助産院	
	利用開始日 ※利用開始日より前は利用できません		令和 6 年 4 月 10 日			
今回の出産	出産日		令和 6 年 4 月 5 日			
	出産した施設名		□□病院			
	退院日(退院予定日)		令和 6 年 4 月 10 日		☒ 退院 ☐ 退院予定	
出産した子	単胎／多胎の別		☒ 単胎 ☐ 多胎(ふたご以上) ※多胎の場合は、市負担額を加算します			
	フリカ`ナ	クラシキ トウカ				
	子の氏名 ※名前が決まっていないときは「未定」	倉敷 藤花				
	出生時の体重	3. 210 g		g		
	おやこ(母子)健康手帳番号	1140543210				
市負担額の加算とその理由			☒ 申請しない ☐ 申請する(申請理由をチェック) ☐ 市県民税均等割以下の世帯 ☐ 生活保護受給中 ☐ 被災から3か月以内 別途添付書類が必要な場合があります。 裏面をご確認ください。			