

第1号様式（第8条関係）

香芝市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

香芝市長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり香芝市産後ケア事業の利用を申請します。

産婦	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		(年齢)	(歳)
	住所	〒		
	電話番号		出産医療機関	
乳児	フリガナ		生年月日	出生体重
	氏名		年 月 日 (在胎週数 週)	g
	フリガナ		生年月日	出生体重
	氏名		年 月 日 (在胎週数 週)	g
世帯構成 ※産婦と乳児以外を記入		氏名	生年月日 (年齢)	続柄
			(歳)	
			(歳)	
			(歳)	
世帯区分 ※該当者は () 内に○		() 課税世帯		
		() 非課税世帯・生活保護世帯		
緊急 連絡先	フリガナ		利用者	
	氏名		との関係	
	住所	〒		
	電話番号			

希望するサービス	希望する日時	合計日数
ショートステイ (宿泊型)	例) 平日に利用希望、○日から希望など	
デイケア (通所型)		
申請理由	1. 出産後、身体面での不調があるため 2. 出産後、精神面での不調があるため 3. 家事、育児等の支援者がいないため 4. 育児又は日常生活についての不安があるため 5. その他 ()	
特に希望する内容	1. 授乳についての相談 (乳房ケア、授乳方法等) 2. 育児に関する相談 (乳児のお風呂、乳児の発育・発達の確認、着替え等の身の回りのお世話全般) 3. 産婦の産後の体調等の相談 4. その他 ()	

裏面もご記載ください。

同意欄

1. 産後ケア事業の利用に当たり、香芝市が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること及び利用施設が香芝市に必要な個人情報を提供すること。
2. 実施施設の状況により、希望の日時に利用できない場合もあること。
3. 申請後、産後ケア事業の利用について中止又は変更が必要な場合は、利用日の前々日の午後5時まで（利用日の前々日が土日祝日又は年末年始の場合は、その日よりも前の平日）に香芝市保健センター及び利用施設へ連絡すること。定められた期限を過ぎて利用の変更や中止をされた場合は、キャンセル料を支払う場合があること。
4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用施設に対して自己負担額（利用施設が定める額から市負担額を差し引いた額）及び食事に要する費用を支払うこと。
5. 市負担額に係る世帯区分などを確認するために審査に必要な範囲で、住民基本台帳による世帯状況、世帯構成員の市町村民税課税状況及び生活保護受給の有無について、市が調査すること。
6. 利用当日に感染症の疑い（発熱、下痢、嘔吐、咳が続くなどの症状）がある場合や、医療行為に必要な産婦又は乳児は利用できないこと。
7. 虚偽の申請により産後ケア事業の助成を受けた場合又は香芝市産後ケア事業実施要綱の規定に違反した場合は、産後ケア事業の利用にかかる費用の全額を事業者を支払わなければならないこと。

以上のことに同意します。

令和 年 月 日
申請者名