

第 1 号様式（第 8 条、第 1 1 条関係）

香芝市産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

香芝市長

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	住 所				
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名		出 産 医 療 機 関		
	電 話 番 号				
乳 児	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (在胎週数 週)	
	氏 名		出 生 体 重	g	
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (在胎週数 週)	
	氏 名		出 生 体 重	g	
母 子 以 外 の 世 帯 構 成		氏 名	フリガナ	続 柄	生 年 月 日
					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日
世 帯 区 分		☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯・生活保護世帯			
緊 急 連 絡 先	フリガナ	産 婦 と の 関 係			
	氏 名				
	電 話 番 号				
申 請 理 由		☐ 出産後、身体面での不調があるため ☐ 出産後、精神面での不調があるため ☐ 育児に不安があり、育児に関する相談、指導等の心理的支援が必要であるため ☐ 家族等から産後の支援が得られないため ☐ その他 ()			
希 望 内 容		☐ 授乳についての相談（乳房ケア、授乳方法等） ☐ 育児に関する相談（乳児のお風呂、乳児の発育・発達の確認、身の回りのお世話全般） ☐ 産婦の産後の体調等の相談 ☐ その他 ()			

備考 世帯区分、申請理由及び希望内容の欄については、該当するものにチェックを入れてください。

裏面も記入してください。

同 意 欄
☐ 産後ケア事業の利用に当たり、市が事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び事業者が市に必要な個人情報を提供すること。
☐ 希望の日時及び日数を利用できない場合があること。
☐ 申請後、産後ケア事業の利用の内容について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、その日より前の最も近い平日）に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した場合は、キャンセル料を支払わなければならないこと。
☐ 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。
☐ 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。
☐ 利用当日に感染症の疑い（発熱、下痢、嘔吐又は咳が続くなどの症状）がある場合や、医療行為の必要な産婦又は乳児は利用できないこと。
☐ 虚偽の申請により産後ケア事業の助成を受けた場合、市が承認した利用日数の上限を超えて利用し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係る費用の全額（利用日数の上限を超えて利用した場合は、利用日数の上限を超えて利用した分の費用に限る。）を事業者を支払わなければならないこと。

備考 同意欄の内容に同意する場合は、チェックを入れてください（全てに同意しない場合は、産後ケア事業を利用することができません。）。