

飯塚市・嘉麻市・桂川町 産後ケア事業利用申込書

飯塚市長・嘉麻市長・桂川町長様

年 月 日

私は下記の項目に該当するため、①～③の項目に同意した上で産後ケア事業の利用を申請します（該当に☑）

私は、利用日時時点で住民登録があり、産後ケアの利用を希望します

産後1年未満（早産の場合にあっては、当該乳児の出産予定日から1年未満）の母親及びその乳児です

感染症状がなく、医療行為が必要ではありません

- ① 利用申込書と事業実施結果報告書を自治体へ提出し、要件審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、自治体が委託事業者へ情報提供すること及び委託事業者が自治体に対し必要な個人情報を提供すること
- ③ 産後ケア事業実施施設退所時、利用者負担金を施設に対して支払うこと

ふりがな 母の氏名		生年月日	S・H 年 月 日（ 歳）
住 所	飯塚市・嘉麻市・桂川町		
電話番号		緊急連絡先	氏名（子との関係）
			TEL
ふりがな 子の氏名		（第 子）	生年月日 年 月 日（現在 か月）
出生体重	g	栄 養	母乳・混合・ミルク 回/日 1回 ml
生まれた病院名		妊娠期間	週 日
多胎の場合※	ふりがな 子の氏名	（第 子）	出生体重 g
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（書類がない場合は利用負担が発生します）

生活保護の方・・・医療カード（写）

市民税非課税世帯の方・・・非課税世帯であることの証明書

利用するサービス・利用日を利用施設と調整いただき、ご記入ください

該当するものを○で囲んでください

利用サービス名	県補助利用の有無	利用日	サービスの総利用回数
宿泊型（ショートステイ）	あり （ 回目） なし	月 日～ 月 日（ 泊）	（ ） 泊目 ※上限7泊
通所型短時間（授乳育児相談）		月 日	
通所型（デイケア） ・ 訪問型 アウトリーチ	あり （ 回目） なし	月 日	（ ） 回目 ※上限：デイ7回 アウトリーチ3回
通所型（デイケア） ・ 訪問型 アウトリーチ	あり （ 回目） なし	月 日	（ ） 回目 ※上限：デイ7回 アウトリーチ3回

以下事業所記入欄（☑を記入）

【利用事業所名： _____】

事業の概要や利用までの流れ（利用期間や来所時間・キャンセル料・内容希望等の確認）を説明しました。

産後ケア事業利用申込書を受け取り、利用者負担について確認しました。 減免世帯の場合、必要書類（医療カードの写し又は非課税世帯であることの証明書）を受け取りました。

産後ケア事業利用パスポートに県助成利用回数及び必要事項を記入しました。