

葛城市長 様

申請者 住所

氏名

私は、下記のとおり葛城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 (年齢)	年	月	日
	氏名			(歳)	
	住所	〒	出産医療機関 (助産所)名			
	電話番号	自宅	携帯			
乳児	フリガナ		生年月日	出生体重		
	氏名		年 月 日 (在胎週数 週 日)	g		
	フリガナ		生年月日	出生体重		
	氏名		年 月 日 (在胎週数 週 日)	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 当てはまれば()内に○		()市民税非課税世帯				
		()生活保護世帯				
緊急 連絡先	フリガナ		利用者 との関係			
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号					
希望するサービス	希望する日時				合計日数	
宿泊型サービス	例) 平日に利用希望、○日から希望など					
通所型サービス						
訪問型サービス						
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について)					
	3. 休養、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

同意書

1. 産後ケア事業の利用に当たり、葛城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、及び利用施設が葛城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、定められた期限までに利用施設へ連絡すること。その場合、定められた金額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を支払うこと。
5. 利用料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. 非課税世帯の場合、1月～6月末までの申請の方は前年度1月1日時点、7月～12月末までの申請の方は今年度1月1日時点の時点で葛城市の住民基本台帳に登録がなければ、前住地で課税証明等の交付を受け添付すること。
7. 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、医療行為の必要な産婦又は乳児は利用できないこと。
8. 葛城市暴力団排除条例(平成23年葛城市条例第15号)の趣旨に基づき、申請者及び世帯員が暴力団員等であるか否かの確認が必要な場合に、奈良県警察本部に対して照会すること。

以上のことに同意します。

年 月 日 申請者名