

深谷市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

申請者

(利用者との関係)

次のとおり、深谷市産後ケア事業を利用したいので、以下のとおり申請します。また、申請にあたり、世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を確認すること、および支援内容や利用結果について医療機関等と深谷市で情報共有することに同意します。

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所	〒 ー 深谷市 電話番号 ()		
出産（予定）日	年 月 日	出産施設名	
未熟児養育医療	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり（在胎週数 週 日）		
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体機能の回復について不安がある		
	<input type="checkbox"/> 育児について不安がある		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する支援	<input type="checkbox"/> 母子の健康管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理		
	<input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> もく浴指導 <input type="checkbox"/> 療養上の援助		
	<input type="checkbox"/> その他必要な支援（具体的な内容)		
利用希望施設	第1希望 () 第2希望 ()		
課税状況等	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 宿泊型4,500円/日、日帰り型3,200円/日、訪問型1,300円/2時間を支払います。		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		
	↓ 市で世帯員全員の当該年度の市町村民税額を確認できない場合 <input type="checkbox"/> 所得証明書等の提出を省略し、一般世帯の自己負担額を支払います。 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の当該年度の市町村民税額を証明できる所得証明書を提出します。		
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証を提示します。		

※市記入欄

申請受理年月日	年 月 日	番号	
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 利用区分（一般世帯 ・ 市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯)		
審査結果	<input type="checkbox"/> 利用承認 <input type="checkbox"/> 利用不承認	利用者管理番号	