

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 電話番号 ()		
出産（予定）日	令和 年 月 日	出産施設名	
未熟児養育医療	☐ 利用なし ☐ 利用あり（在胎週数 週 日）		
申請理由	☐ 出産後の身体機能の回復について不安がある		
	☐ 育児について不安がある		
	☐ その他（ ）		
希望する支援	☐ 母子の健康管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房管理		
	☐ 授乳等の育児指導 ☐ もく浴指導 ☐ 療養上の援助		
	☐ 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	☐ 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。		
	☐ 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		
	☐ 所得証明書等の提出を省略し、市町村民税課税世帯の自己負担額を支払います。 ☐ 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。		
	☐ 生活保護世帯 ☐ 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	深保セ発第 号
要件確認	☐ 住所 ☐ 利用区分（ 市町村民税課税世帯 ・ 市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ）		
審査結果	☐ 利用承認 ☐ 利用不承認	利用者管理番号	