

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

阿蘇市長 様

阿蘇市産後ケア事業利用申請書兼同意書

下記のとおり、阿蘇市産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請者	母子手帳 発行日	年 月 日発行		母子手帳番号	NO
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
	住 所	(アパート名、号数もお書きください) 阿蘇市 (行政区)		今回の出産	第 子目
				電話番号	(普段連絡が取れる番号)
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)		電話番号	
出産(予定)日	年 月 日			出産(予定) 医療機関等	
届出者 (利用者と異なる場合)	☐ 利用者と同じ（記入不要）				☐ 利用者とは異なる（以下に記入）
	氏 名			利用者 との続柄	
希望する サービス (○を付ける)	()	宿泊型	希望期間	年 月 日頃から () 日間程度	
			希望施設		
	()	訪問型	訪問場所	自宅 ・ 自宅以外 (自宅以外の場合訪問先住所を下記に記載) 訪問先住所：	
特に希望する サービス内容 (○をつけてください)	() ① 身体的ケア及び保健指導、栄養指導 () ② 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む。） () ③ 心理的ケア () ④ 育児の手技についての具体的な指導及び相談 () ⑤ 生活の相談				

【同意書】

1. 産後ケア事業利用申請の審査にあたり、市長が私及び私の世帯員の住民票関係情報・地方税関係情報・生活保護関係情報及び児童扶養手当関係情報を閲覧することに同意します。
2. 利用者の産後の状況確認のため、サービス利用に必要な情報を阿蘇市と指定医療機関等や助産師が相互に情報提供することに同意します。
3. サービス利用に費用が発生する場合は、指定医療機関等や助産師に利用料を支払うことに同意します。
4. 無断キャンセル等により利用料等の支払義務が発生した場合は、利用料を支払うことに同意します。

年 月 日 署名

阿蘇市記入欄(ここから先は、何も記入しないでください)

受付年月日	利用者 NO.	結果	結果通知日
	NO.	承認 ・ 不承認	

区分 (利用者負担金)	項目	該当の有無	確認者氏名
税務課確認欄	市町村民税（世帯全員）	課税 非課税	
福祉課確認欄	生活保護受給世帯	該当 非該当	
	児童扶養手当受給	該当 非該当	