（第1号様式）

相模原市産後ケア事業利用申請書

a1420962a

利用者	妊婦健康診査受診番号	0 0	ふりがな 妊産婦氏名	
	住　所	相模原市（緑・中央・南）区	左記住所が □住民登録地と同一　□住民登録地と異なる	
	住所と住民登録地が異なる場合は、住民登録地とその理由を記入ください。 （住民登録地）　（理由）			
	妊産婦生年月日	年　月　日	電話番号 （平日昼間に連絡がとれる連絡先）	
	出産児生年月日	年　月　日	多胎（双子以上の場合）の有無	有（　人）・無
緊急連絡先	ふりがな 氏　名	（電話番号）	利用者との関係（　）	
利用理由	□1 産後、家族などから家事、育児などの支援が受けられない。 □2 心身の不調又は育児に対する不安がある。 □3 産婦健康診査の結果、医療機関より産後ケア事業の利用を勧められた。 □4 その他（　）			
利用者の世帯区分	□1 市民税課税世帯 □2 市民税非課税世帯（主な生計者の市・県民税課税証明書（写）添付） □3 生活保護世帯（生活保護受給者証（写）添付）			

同意書

（1）相模原市が産後ケア事業を利用するために必要な情報を実施施設に提供すること及び実施施設が利用者の健康状態について相模原市に情報を提供すること。
（2）医療行為が必要になる、利用上限日数を超えるなど対象者要件に該当しない場合は、産後ケア事業を利用できないこと。
（3）利用希望日に空きベッドがない等の場合、産後ケア事業を利用できないこと。
（4）利用者負担金、または実施施設ごとに規定されるキャンセル料を実施施設に支払うこと。
（5）母子保健サービス提供のために、利用時の状況に関する情報を相模原市が利用すること。

私は、上記事項に同意のうえ、相模原市産後ケア事業の利用を申請します。

相模原市長　あて

令和　年　月　日

申請者
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ **（申請者自署）**
住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ **（平日昼間に連絡がとれる連絡先）**

※住所、電話番号は利用者と異なる場合に記載

利用日及び利用回数について記載し、利用するサービスにはレ点をつけてください。（利用日は最大7日（多胎産婦は14日）です）

実施施設名＿＿＿＿＿＿＿＿

※利用日が7日を超える場合は、2枚目にご記入ください。

利用日	利用回数（回数に○印）		サービスの種類
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問
年　月　日	1・2・3・4・5　回目	6・7（多胎 8・9・10・11・12・13・14）回目	□1宿泊 □2通所 □3訪問