

山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

(宛先) 山形市長

次のとおり山形市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏 名				生年月日		年 月 日(歳)	
	住 所	山形市 電話(携帯)						
	緊急連絡先	氏名		申請者との関係				
		住所		電話				
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日		
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日		
	出産医療機関名					出産予定日	年 月 日	
(申請者 を除く)	氏 名	ふりがな	続柄	生年月日		勤務先・学校名		
	世帯構			年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
世帯区分		☐ II 市民税非課税世帯						
該当する場合☑を付けてください。		☐ III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です。						
裏面の必要事項を記入し、希望するサービスに☑を付け、数上限を記入してください。	利用回数上限	あわせ	☐ ショートステイ	利用希望日 年 月 日～ 年 月 日(泊 日)				
		47日	☐ デイケア	利用希望日数 計 日 利用希望日 ()				
		あわせ	☐ 乳房ケア (通所型)					
		て3回	☐ 乳房ケア (訪問型)					
		☐ ママサポーター						
確認事項	・分娩状況 ☐ 異常なし ☐ 特記事項あり () ・産後の体調 ☐ 良 ☐ 不良 () ・治療中の疾患 ☐ 無 ☐ 有 () ・内服の有無 ☐ 無 ☐ 有 () ・アレルギーや感染症 ☐ 無 ☐ 有 ()							
山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を山形市産後ケア事業を実施する事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から山形市に情報提供することに同意します。 山形市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。 自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。								
年 月 日				申請者氏名				

1 ショートステイ・デイケア ※利用時その都度申請が必要です。

2 乳房ケア（通所型）※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

3 乳房ケア（訪問型）※日程は、利用承認後に施設と調整してください。※駐車場を準備してください。

4 ママサポーター ※日程は、利用承認後に施設と調整してください。※駐車場を準備してください。

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認 (No.) ・ 不承認	
利用依頼事業者			
世帯区分	☐ I 市民税課税世帯 ☐ II 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		