

鎌倉市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

申請者 氏名

住所 鎌倉市

電話

(利用者との関係:)

次のとおり鎌倉市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年	年	月	日生
	母の氏名		月日		(歳)
	住所 電話番号	鎌倉市	電話 ()			
	フリガナ 子の氏名		生年月日	年	月	日生
	(生後4か月 未満)		生年月日	年	月	日生
緊急連絡先	フリガナ		利用者との関係			
	氏名					
	電話番号					
出産(予定)施設名			出産(予定)年月日		年	月 日

該当する区分にレをつけ、希望医療機関等については一覧を参照し記載してください。

区分	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型
利用 予定日	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
希望 医療機関等			
備考			

利用する理由 (該当するものに、レをつけてください。)

- 産後、ご家族などから十分な家事、育児等の援助が受けられない。
- 体調不良や育児に対する不安がある。
- その他 ()

※裏面の記載もお願いいたします。

利用者世帯の 所得状況	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯
	次の事由に該当しますので、減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 () →減免の理由、状況等を明らかにするための書類を添付して下さい。

同 意 書

私は、申請に関し次の事項に同意します。

- この申請に必要な事項を鎌倉市が保管する公簿等により確認すること。
- 鎌倉市が受託医療機関等に申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を提供すること。
- 受託医療機関等が鎌倉市に利用者の健康状態等の情報を提供すること。
- 医療行為が必要になる等対象者要件に非該当となった場合は、産後ケアを利用できないこと。
- 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。
- 利用時に利用者負担金または規定のキャンセル料を該当医療機関等に支払うこと。
- 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鎌倉市が利用すること。

市記入欄

世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非課税		<input type="checkbox"/> 生活保護	
	()	()	()	()	()	()
今回の出産に対するこれまでの利用日数						
宿泊型 () 日	通所型 () 日		訪問型 () 日			
この利用申請を含む合計利用日数						
宿泊型 () 日	通所型 () 日		訪問型 () 日		合計 () 日	