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。

	フリガナ 母の氏名						上生年 月日			年	(月	日生歳)
利用者	住 所 電話番号	鎌倉市	ī				1	電話		()	
777176	フリガナ 子の氏名						生年月	目目			年	月	日生
	生後4か月 未満						生年月	月日			年	月	日生
緊急連絡先	フリガナ 氏 名						利用者	台との関	関係				
	電話番号									1			
出産(予定)加	 一 設名					出產	産(予定)年月日				年	月	日
				機関等	学については-			記載し	てく			3 TC()	
区分	L	□宿泊雪 年	型 <u></u> 月	日		9所型 —— F	<u>世</u> 月	日		L	□訪問 年	可型 ———— 月	日
利用	~	年	月 月	日日		r F	月 月	日日			年	月月	日日
予定日		(日	間)		F.	月	日			年	月	日
希望 医療機関等													
備考													
□ 体訓		どから-	十分な	家事、	育児等の援助	が受	きけられ	ない。)	

	□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。						
利用者世帯の	□住民税非課税世帯						
所得状況	□生活保護世帯						
	□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	□課税		□非課税			□生活保護		
	() ()	() ()	() ()		
今回の出産に対するこ	これまでの利用日数							
宿泊型(F	3)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(1)通所型(目)	訪問型(日) 合計 (日)	