

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

越前市長 殿

申請者 住所

（利用者）氏名

電話

越前市産後ケア事業利用申請書

越前市産後ケア事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

この申請についての審査に当たり、市長が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査及び連絡をすること及び私の世帯の所得、市税等の課税状況その他必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

利用の種別	☐ 宿泊サービス ☐ 通所サービス		
申請の理由	1 身体的機能回復について不安があるため。 2 育児に対する不安が高いため。 3 家事や育児の世話をする人がなく、出産により日常生活に支障をきたすおそれがあるため。		
出産施設名			
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
利用希望期間			
自己負担金の免除事由 （該当する場合は、番号に○をつけてください。）	1 生活保護法による被保護世帯 2 住民税非課税世帯 3 天災その他特別な事情により自己負担が困難 4 その他自己負担が困難な理由 （具体的に)		

年 月 日

越前市長 殿

利用者氏名

（押印不要）

越前市産後ケア事業利用申告書

越前市産後ケア事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、産後ケア事業の利用のため、次の事項を申告します。

なお、市長が入所又は通所先の助産所又は産科医療機関にこの申告内容を提供することに同意します。

利用者の状況	妊娠中の異常 無・有（具体的に ）			
	分娩中の異常 無・有（具体的に ）			
	出産後の異常 無・有（具体的に ）			
	その他育児について不安に思うことなど （具体的に ）			
出生児の状況	名前	（第 子）	体重	g
	出生時の異常 無・有（具体的に ）			
	その他の異常 無・有（具体的に ）			
育児協力者の状況	同居の家族（必要に応じて書き加え、又は二重線で見え消ししてください。） 夫・実父・実母・義父・義母・子（ 人）			
	※ 同居の家族のうち、育児協力者に○をつけてください。			
	同居の家族以外の育児協力者			

注 申告時には、母子健康手帳をお持ちください。