

様式第1号（第4条関係）

遠野市産後ケアデイサービス給付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄 本人・)
電話

次のとおり産後ケアデイサービスの利用に対する給付を申請します。

利用希望日	年 月 日		
利用施設	<input type="checkbox"/> 遠野市助産院 <input type="checkbox"/> 宿泊施設等（これまでの利用回数： 回）		
利用者名 出産前の申請の場合、※欄は記入不要です。	ふりがな 氏 名 (初産・経産)	生年月日 年 月 日 (歳)	
	※ふりがな 乳児氏名 (男・女) (第 子)	※誕生日（又は出産予定日） 年 月 日	
	出産（予定）医療機関	※在胎週数 週	※出生体重 g
利用者住所 (里帰り先等)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 電話		
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後の心身の不調がある。 <input type="checkbox"/> 育児不安がある。 <input type="checkbox"/> 身体的・心理的な負担がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食品： ） <small>(注) 主なアレルギーのみ対応可</small>		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
緊急連絡先	氏名 (利用者との関係：) 電話番号		
<p>宿泊施設等の利用を希望しますので、この申請の審査のため遠野市が住民基本台帳及び課税台帳による世帯状況を調査することに同意します。利用に必要な情報について、遠野市から宿泊施設等に情報提供することに同意します。利用を取り消す場合は、宿泊施設等へ規定のキャンセル料を支払うことに同意します。 また、遠野市が必要と判断した場合は、出産（予定）医療機関と情報共有することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者署名</p>			

遠野市使用欄

申請受付日	令和 年 月 日	承認 ・ 不承認
課税状況	課税・非課税・生保 (月 日確認済)	自己負担額 円
備考		