

第1号様式（第7条関係）

産後ケア事業利用申請書（兼減免申請書）

年 月 日

いわき市長 様

住 所 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
 (利用者との続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。  
 2 この申請書を提出するときは、親子健康手帳（母子手帳）をお持ちください。  
 3 利用期間については、1回の出産につき、母子の入所は原則7日間以内、通所は3日間以内となります。  
 4 対象者は概ね出産後4か月以内の親子（母子）です。  
 5 利用には一部自己負担が発生しますので、ご了承ください。

|   |   |             |       |
|---|---|-------------|-------|
| 利 用 形 態   | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所   | 利用施設        |       |
| 親 子 健 康 手 帳 番 号   |   |             |       |
| (妊)産婦氏名   | 生年月日  | 年 月 日       |       |
| 住 所 (住民票)   | 電話番号  | -           | -     |
| 配偶者（子の父親）の氏名  | 生年月日  | 年 月 日       |       |
| 乳 児 氏 名 (産後)  | 男・女   | 出生体重 g      | 第 子   |
| 出 産 (予 定) 日   | 年 月 日   | 退院 (予 定) 日  | 年 月 日 |
| 出 産 ( 予 定 ) 施 設 名   |   |             |       |
| 利 用 希 望 期 間   | 年 月 日 から 年 月 日 (計 日間)   |             |       |
| 申 請 理 由   | ※ 具体的に記入してください。   |             |       |
| 【利用料減免添付資料】<br>※利用料支払後の減免はできません。<br>※本市において減免対象世帯であることが確認できる場合には不要です。 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書<br><input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書<br>(世帯全員が非課税であることが確認できる証明書)  |             |       |
| 同 意 書   | 1.いわき市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を、利用助産所に情報提供することに同意します。<br>2.利用料に係る世帯区分を確認するために、保健福祉センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。<br>年 月 日 申請者氏名 ㊟ |             |       |
| 母 子 の 状 況 等   | 対象者区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (基準は裏面記載)  |             |       |
| 申 請 書 受 理 日   | 年 月 日   | 決 定 ・ 却 下 日 | 年 月 日 |
| 利 用 施 設 名   |   |             |       |

※市記入欄

|       |    |    |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| 收受年月日 | 所長 | 次長 | 係長 | 係員 | 担当 | 公印 |
|-------|----|----|----|----|----|----|

(裏)

**【対象者区分】**

利用日当日にいわき市に住民票があり、家族等から産後の家事や育児等の援助が十分受けられない方で、次の項目のいずれかに該当する概ね生後4か月までの母子

- 1 産褥期の身体機能の回復について不安を持ち、保健指導を必要とする方
- 2 初産婦等であって、育児不安が高く、保健指導を必要とする方
- 3 その他、特に経過に応じた休養や栄養の管理等、日常の生活面について保健指導を必要とする方

