**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、母子健康手帳（親子健康手帳）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　委託施設によって受入れ可能な月齢が異なりますのでご了承ください。

　　　　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 | □入所　　□通所 | 利用施設 |  |
| （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） | （計　　　日間） |
| 申請理由 | ※　具体的に記入してください。 |
| 入所利用希望者のみ記入利用料減免区分※所得の状況により利用料が変わります。※利用料支払後の減免はできません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 世帯区分（該当する世帯に〇をつけてください）　 |
| Ａ　市民税課税世帯　　　　　　※課税状況が確認できない場合は課税世帯とみまします。Ｂ　市民税非課税世帯　　　　　□同意による確認※　　　　　　　　　　　　　　　□市民税非課税世帯証明書(世帯全員が非課税であることが確認できる証明書を提出ください。)Ⅽ　生活保護世帯　　　　　　　□同意による確認※□生活保護受給証明 |
| ※世帯区分B、Cで同意による確認を希望された方は、裏面に署名ください。 |

　いわき市産後ケア事業を利用するにあたり、申請書の内容及び利用者の状況を市から委託施設へ情報提供することに同意します。

申請者氏名

（裏面あり）

（　裏　面　）

申請にあたり、利用料に係る世帯区分を確認するため、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市が照会、閲覧することに同意します。（本人及び家族が自署）

※利用費の減免（入所利用者のみ）を希望し、同意による税状況確認を行う方のみ記載

　　　世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員

　　　世帯員　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員

　　　世帯員　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員

**【市記入欄】**

|  |  |
| --- | --- |
| 母子の状況等サービス利用の必要性 | 対象者区分　□１　□２　□３　(基準は下記に記載) |
| 利用の必要性の有無 | * 有
* 無
 | 決定（却下）する理由 | 　 |
| これまでの利用日数 | 　宿泊（　　泊　　　日）　　　　　通所（　　　　　　日） |
| 産後１年を超えての利用、または宿泊や通所の利用日数の延長が必要な理由 |  |
| 利用費世帯区分 | Ａ 市民税課税世帯　　　Ｂ 市民税非課税世帯　　　Ｃ 生活保護世帯 |
| ※宿泊（課税世帯）のみこれまでの減免利用延泊数 | 　（　　　　　　　）泊　　 |
| 備　　考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 所長 | 次長 | 係長 | 係　員 | 担当 | 起案年月日　　　．　　. | 公印 |
|  |  |  |  |  | 決裁年月日　　　．　　. |  |
| 施行年月日　　　．　　. |

【対象者区分】

利用日当日にいわき市に住民票があり、　　　　　　　　　　　　　　次の項目のいずれかに該当する概ね生後１年を経過しない母子

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　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