

様式第1号

村山市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

村山市長

あて

申請者

住 所

氏 名

利用者との関係 ()

連絡先 (電話)

下記のとおり村山市産後ケア事業の利用を申請します。

記

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) 型 <input type="checkbox"/> 通所 (デイサービス) 型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問 (アウトリーチ) 型		
利 用 者	住 所	村山市	
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	子の氏名	(第 子)	
	子の生年月日	年	月 日
利用期間・利用日	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)		
希望医療機関等			
利用する理由 (不安なこと等)			
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		
※ 母子の状態			
申請受付日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本事業の申請にあたり、下記のことについて同意します。 ① 村山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委託医療機関等に提供すること。また、利用者の健康状態について、委託医療機関等から村山市に情報提供すること ② 村山市が産後ケア事業に係る審査に必要な範囲において、市民税課税状況等について調査・閲覧すること <p style="text-align: center;">年 月 日 同意者氏名</p>			

※印は、市の担当者が記入しますので、申請者の記入は必要ありません。