

藍住町長 殿

藍住町産後ケア事業利用申請書兼利用者負担額減免申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

利用者情報	ふりがな				ふりがな				
	母氏名				児氏名				
	生年月日	昭和 年 月 日(歳)			生年月日	令和 年 月 日(か月)			
	住所	〒 藍住町							
	電話番号				緊急(家族の)連絡先	続柄()			
	出産医療機関				妊娠状況	在胎週数: 週	出生体重	g	
留意事項	母について	①通院:なし・あり(病名:) 病院名:) ②内服:なし・あり(内服薬:) ③アレルギー:なし・あり(種類:) ④その他配慮が必要なこと()							
	児について								
出産後転入者		前市町村での産後ケア事業利用状況		短期入所型	泊 日利用	通所型	回利用	居宅訪問型	回利用
利用希望内容	産後ケア事業内容		利用回数	希望事業所		希望日時		減免適用希望	
	短期入所(ショートステイ)型		初・ 回目					減免適用希望	☐ あり ☐ なし
	通所(デイサービス)型		初・ 回目					減免適用希望	☐ あり ☐ なし
	居宅訪問(アウトリーチ)型	乳房ケア有 乳房ケア無	初・ 回目					減免適用希望	☐ あり ☐ なし
	希望するサービス		☐ 保健指導及び授乳指導(乳房マッサージを含む) ☐ 産後の母に対する療養上の世話 ☐ 心理的ケア ☐ 育児に関する指導や育児サポート ☐ その他()						
同意書 私はこの事業を利用するにあたり、次のことに同意します。 (1)利用資格の決定のため、住民基本台帳情報等、その他必要な事項の調査 (2)必要な範囲内で事業提供者への個人情報の提供 (3)事業利用当日、事業提供者への利用者負担金の支払い(利用日2日前までに中止の申し出をしない場合を含む) (4)その他、本申請書の記載事項に虚偽があると認められたときや減免適用要件に該当しないことが判明した場合には、利用料の返還をすること (申請者署名) _____ 自署又は自署でない場合は押印が必要									
申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)							
氏名					利用者との関係				
住所									
本人確認書類		1点で可(顔写真有) ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他 2点で可(顔写真無) ☐ 健康保険証 ☐ その他							

※利用者負担額減免を希望される場合は、裏面の記入もおねがいします。

申請者	住所				
	氏名				
自署又は自署でない場合は押印が必要					
世帯区分	☐ 生活保護受給世帯 ☐ その他の世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 不明				
利用者負担額の減免に係る添付書類	☐ 生活保護受給証明書 ☐ 市町村民税非課税証明書(同意がない場合は、世帯員全員が非課税であることが確認できるものが必要)				
※世帯状況（児童含む）	氏 名	続柄	生年月日	市町村民税の状況	同居・別居の状況
			年 月 日	☐ 課税 ☐ 非課税	☐ 同居 ☐ 別居
			年 月 日	☐ 課税 ☐ 非課税	☐ 同居 ☐ 別居
			年 月 日	☐ 課税 ☐ 非課税	☐ 同居 ☐ 別居
			年 月 日	☐ 課税 ☐ 非課税	☐ 同居 ☐ 別居
			年 月 日	☐ 課税 ☐ 非課税	☐ 同居 ☐ 別居

同意書

利用者負担額の減免に係る世帯区分を確認するために、世帯状況、所得の課税状況、その他必要な事項を藍住町長が官公署・関係人に調査又は報告を求めることに同意します。

また、公簿等により必要な内容が確認できない場合は、町長が求める必要書類を提出することに同意し、提出しないときは、世帯区分をその他区分とすることに承諾します。

(申請者署名)

※ 4月・5月に利用される方は前年度分、6月以降の方は当該年度分の非課税世帯を証する書類が必要です。

利用希望事業内容	ショートステイ型	デイサービス型	アウトリーチ(乳房ケア無)	アウトリーチ(乳房ケア有)
利用回数	泊 日	回	回	回
転入者情報	☐ 出産時より住民 ☐ 令和 年 月 日に母子は転入(転入元市町村：)			
前市町村での産後ケア利用状況	ショートステイ： 泊 日	デイサービス： 回	アウトリーチ乳房ケア無 回	アウトリーチ乳房ケア有 回
減免申請に係る書類	☐ 無 ☐ 有(☐ 生活保護受給証明書 ☐ 市町村民税非課税世帯証明書 ☐ その他()			
減免世帯区分	☐ 生活保護受給世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ その他			
非課税判定	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()の 年度非課税証明書提出あれば、区分変更の可能性あり。			
減免決定結果	減免額	5,000円 ・ 2,500円	減免回数	回

利用調整結果	事業内容		ショートステイ・デイケア・アウトリーチ乳房ケア有・アウトリーチ乳房ケア無			
	利用日時				利用事業所	
	減免決定額		円		減免適用希望	☐ あり ☐ なし
	利用者負担金		円		☐ 減免適用額	☐ 減免適用外
	結果提供日時	利用者	年 月 日() 時 分		連絡者名	
		事業所	年 月 日() 時 分		連絡者名	