

年 月 日

つがる市長

産後ケア事業利用申請書

次のとおり、つがる市産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所・ 電話番号	つがる市 電話 — —		
(ふりがな) 子の氏名		<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 出産予定日	年 月 日
事業の種類と 利用希望日 (※事前申請の場合は 記入不要)	<input type="checkbox"/> 短期入所型 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通所型 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問型 年 月 日		
申請理由 (※該当するもの全てにチ ェックしてください。事前 申請の場合は記入不要)	<input type="checkbox"/> 産後の疲れが取れない <input type="checkbox"/> 産後、気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 母体ケア（乳房手当やトラブルケア等）について相談したい <input type="checkbox"/> 育児（授乳・抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> 子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> その他（具体的理由)		
利用者自己負担の 減免理由	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		
同意書			
<p>① つがる市が利用者及び世帯の課税状況等について確認します。</p> <p>② 利用日は、場合によっては希望に添えないことがあります。</p> <p>③ 当該事業に必要な情報を、つがる市から事業者提供します。</p> <p>④ 利用の結果については、事業者からつがる市に報告されます。</p> <p>⑤ 利用可能期間や利用回数を超えて利用することはできません。</p> <p>⑥ つがる市産後ケア事業利用承認通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。</p> <p>上記①～⑥のことに同意します。</p>			
年 月 日			申請者氏名

※つがる市で課税状況等が確認できない場合、申請者の前年分（1月から6月までの申請の場合は、前々年分）の所得状況又は課税状況を証する書類の提出が必要です。配偶者が申請者と別世帯の方は、別途、書類の提出を求める場合があります。

※短期入所型・通所型の利用を希望される方は、裏面についてもご記入ください。

