様式第１号（第６条関係）

三条市産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）三条市教育委員会

申請者　住　所
氏　名
電　話　（　　）　　－

産後ケア事業を利用したいので次のとおり申請します。

なお、私（利用者）の負担額等を決定するため、私（利用者）の世帯の課税状況等を三条市教育委員会が市の公簿で確認すること並びに三条市教育委員会と委託医療機関等とが、産後ケア事業の実施に必要な範囲内で私（利用者）及び子の情報を共有することに同意します。

ふりがな		ふりがな	
利用者氏名	□　申請者と同じ	子の氏名	
住所	□　申請者と同じ （〒　　－　　）		
連絡先	□　申請者と同じ （　　）　　－		
出産（予定）日	年　　月　　日	退院（予定）日	年　　月　　日
出産（予定） 医療機関名			
申請種類	新規　・　延長	利用種別	短期入所型　・　通所型
利用希望	短期入所型：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 通所型：　　日間		
産後ケア実施 委託医療機関名			
申請理由 該当する項目を☑としてください。	①家族等から十分な家事及び育児の援助が受けられない。 具体的な状況 □家族が遠方である。　□家族が仕事などで忙しく援助が難しい。 □その他（　　） ②利用者の状況について御記入ください。 □産後に心身の不調がある。具体的な状況（　　） □育児不安がある。 □その他（　　）		

【委託医療機関等記入欄】

委託医療機関等の意見   利用可能期間：短期入所型　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 　　通所型　　日間 　　年　　月　　日　医療機関名 　　医師又は助産師名

【三条市教育委員会記入欄】

課税区分	□課税世帯	□非課税世帯	□生活保護世帯