

杵築市産後ケア事業利用申請書兼承認・不承認通知書

申請書	年 月 日											
	杵築市長 様											
	申請者 住所 _____ 氏名 _____ (続柄: _____) TEL _____ - _____											
	次のとおり、杵築市産後ケア事業の利用を申請します。											
	(ふりがな) 利用産婦 氏名		生年月日 (西暦)		年		月		日		歳	
	(ふりがな) 児 氏名		生年月日 (西暦)		年		月		日		第 子	
	住所		杵築市									
	緊急時連絡先		(ふりがな) 氏名		利用産婦との続柄		TEL		-		-	
			住所		(上記と異なる場合は記入)							
	出産時の身長・体重		cm		g		在胎週数		週		日	
出産した施設名												
申請理由		<input type="checkbox"/> 育児のことが心配 <input type="checkbox"/> 授乳がうまくできない <input type="checkbox"/> 協力者がいない <input type="checkbox"/> 心身を休めたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
希望するサービス		<input type="checkbox"/> 宿泊型		希望日		※宿泊型は、1泊2日を1回とする。						
		<input type="checkbox"/> デイサービス型		利用施設								利用回数
<input type="checkbox"/> 訪問型												

利用承認・不承認通知書	年 月 日													
	次のとおり、杵築市産後ケア事業の利用について、承認・不承認としましたので、通知します。													
	杵築市長 ⑩													
	識別番号													
	不承認理由													
	利用内容		<input type="checkbox"/> 宿泊型		利用開始日 (西暦)				利用終了日 (西暦)					
					年 月 日 ~		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
			多胎児加算 (追加人数)				人		利用回数				回	
			<input type="checkbox"/> デイサービス型		利用日 (西暦)									
					年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
多胎児加算 (追加人数)				人		利用回数				回				
<input type="checkbox"/> 訪問型		利用日 (西暦)												
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				
		多胎児加算 (追加人数)				人		利用回数				回		
利用施設		医療機関コード												
(利用者) 自己負担額		宿泊型		円 ×		回		デイサービス型		円 ×		回		
		訪問型		円 ×		回								

受理者 \_\_\_\_\_