

別記

様式第1号（第6条関係）

佐倉市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

（利用者との関係）

産後ケア事業の利用を希望するので、次のとおり申請いたします。

| サービス区分 | 1 宿泊型 | 2 日帰り型 | 3 訪問型 |
|---|---|--------------------|-------|
| ふりがな 利用者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 出産（予定）日 | | | |
| 分娩（予定）施設 | | | |
| 利用希望施設 | | | |
| 宿泊型利用希望日数 | 日間 | 利用希望時期：退院直後・その他（ ） | |
| 日帰り型利用希望回数 | 回 | | |
| 訪問型利用希望回数 | 回 | | |
| 申請理由 （該当項目のチェック欄に『✓』を入れてください。複数回答可。） | <input type="checkbox"/> 育児に不安がある。 <input type="checkbox"/> 身体の回復や体調に不安がある。 <input type="checkbox"/> 授乳に不安がある又は不安な気持ちが強い。 <input type="checkbox"/> 家族などからの支援が得にくい。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ） | | |
| 利用者負担区分 | 1 一般世帯（10%） 2 市民税非課税世帯（5%） 3 生活保護世帯（無） | | |
| 緊急連絡先 | 住所： 氏名： | 電話： 続柄： | |

同意書

私は、申請に当たり次の事項に同意します。

- 1 佐倉市が住民基本台帳による世帯状況及び所得状況について公簿等で確認すること。
- 2 私の情報を必要な範囲でサービス提供事業者に対し提供すること。
- 3 サービスの利用開始時に、決められた利用者負担額をサービス提供事業者を支払うこと。
- 4 サービス利用時の状況を、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、医療機関、相談支援関係機関等に、必要に応じて相互に確認・情報共有すること。
- 5 サービスの利用の中止又は変更の際、サービス提供事業者速やかに連絡をすること。
（事業所が決める任意の期日を過ぎると、キャンセル料が生じます。）

氏名

Ⓜ

氏名

Ⓜ

*同意書について、氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

⑨ 申請時には、母子健康手帳をご持参ください。