

鹿児島市長 殿

住 所

申請者 氏 名 (署名又は記名押印)

電 話 ( ) -

### 産後ケア事業利用申請書

産後ケア事業を利用したいので次のとおり申請します。

母子健康手帳番号			
利用者氏名		生 年 月 日	年 月 日
配偶者又は子の父親の氏名		生 年 月 日	年 月 日
子の氏名		出 生 時 重 体 生 時 の 重	g 第 子
出産施設名			
出産予定日	年 月 日	出 産 日	年 月 日
母の退院日	年 月 日	子の退院日	年 月 日
利用施設			
利用希望形態及び利用希望期間	1 宿泊型 年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
	2 日帰り型 年 月 日 (※日帰り型を複数日希望する場合は、希望日を全て記載してください。)		
	3 訪問型 年 月 日 (※訪問型を複数日希望する場合は、希望日を全て記載してください。)		
申請理由 〔具体的に記入してください〕			
利用の減免に係る同意又は添付書類	<input type="checkbox"/> 利用料金確定のための課税台帳等関係公簿の閲覧に同意します。 (※同意しない場合は、下記のいずれかの書類の添付が必要です。添付するものにチェックを付けてください。) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できる証明書)		
※市担当者欄 〔母子の状況等〕			

注

- この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
- 利用者が市民税の非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する場合は、そのことを届け出てください。(本市において減免対象世帯であることが確認できる場合は不要です。)