

柏市長 あて

柏市産後ケア事業利用申請書

私は産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

申請者 (妊産婦)	ふりがな 氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 柏市 電話					
	緊急連絡先	氏名 (申請者との関係) 電話					
	ふりがな 児の氏名	(男・女)		出産(予定)日	令和 年 月 日		
	出産医療機関			妊娠期間等	週 日 単胎・()		
	児の状況	健康状態：良好・要治療 () 出生時：体重 g 身長 cm					
世帯構成 (申請者以外)	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	歳	勤務先・学校名	
申請理由		☐ 家事・育児等の援助が受けられない ☐ 育児に不安がある ☐ 産後の体調が不安 ☐ その他()					
把握経路		☐ 医療機関からの紹介 ☐ 行政からの紹介 ☐ 家族・知人からの紹介 ☐ ホームページ等					
利用サービス		☐ 宿泊型 ☐ デイサービス型 ☐ 訪問型					
利用希望施設		☐ くぼのやウィメンズホスピタル ☐ あびこ助産院 ☐ 千葉西総合病院 ☐ 綾瀬産後ケア ☐ おおたかの森助産院 ☐ お産の森いのちのもり産科婦人科篠崎医院 ☐ JA とりで総合医療センター ☐ ゆりかご (併用の場合の回数： 回)					
		☐ 千葉県助産師会 (併用の場合の回数： 回)					
利用について		1. 母子に医療行為が必要な場合は産後ケアを利用することはできません。 2. やむを得ず予約をキャンセルする場合、料金が発生することがあります。詳細 につきましては利用施設に直接ご相談ください。 ☐了承しました。					
柏市長あて 個人情報に関する同意書 下記について同意します。 ☐ 審査のため、住民票，課税状況等を確認すること ☐ 審査のため、主治医に母子の病状等を確認すること ☐ 事業利用のため、必要な情報について利用施設と柏市で情報共有すること 年 月 日 申請者名							

※以下柏市使用欄

	☐ 住民票 ☐ 出産予定日 2 か月前
世帯区分	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税所得割非課税世帯 ☐ 市民税所得割課税世帯
添付書類	☐ 生活保護受給者証明書 ☐ 住民税課税・非課税証明書

収受印