第１号様式　　【申請者→浜松市】

浜松市産後ケア事業　利用申請書兼同意書

受付印

（あて先）浜松市長

次のとおり、浜松市産後ケア事業の利用を申請します。　申請日　　年　　月　　日

利用者	フリガナ 氏名		生年月日	（ 昭和 ・ 平成 ） 年　　月　　日（　　歳）
	居住地	（〒　　-　　） 浜松市　　区	連絡先（電話番号）	自宅： 携帯：
	※里帰り者のみ住所地	（〒　　-　　） 様方		
	緊急連絡先	フリガナ 氏名：　　（利用者との関係：　　）連絡先：		
	出産日	年　　月　　日 □（予定日の場合は☑）	（産前の場合）現在の妊娠期間	週
	出産医療機関名			

世帯構成（利用者は除く）	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

利用者の婚姻状況の確認	□既婚　□未婚　□離婚　□死別　□その他（　　） ※未婚の場合、所得判定で寡婦控除がみなし適用される場合があります。 裏面の「税情報等に関する同意書」の申請をお願いします。
区分	**利用者と利用者の配偶者のいずれも以下に当てはまる場合は、☑を付けて下さい。** □市民税非課税者　□生活保護受給者　（☑のない場合は市民税課税者とみなします。） ※裏面の「税情報等に関する同意書」の署名又は証明書類の提出をお願いします。

利用希望サービス区分	サービス種類	利用予定（目安）等	利用予定施設
	□宿泊型	□産後、継続して利用 □退院後利用（産後　　週頃） □その他（　　）	
	□デイサービス型（１日）	□産後＿＿週頃 □令和　　年　　月　　日頃	
	□デイサービス型（短時間）	□産後＿＿週頃 □令和　　年　　月　　日頃 【希望利用時間】□１時間　□２時間	
	□訪問型	□退院後すぐに　□産後＿＿週頃 【希望訪問時間】□午前　□午後 □どちらでもよい 【駐車場の有無】□ある　□ない	

現在治療中の病気はありますか	□ない　□ある（病気の名前　　）
心理的あるいは精神的なことで専門機関に相談したことはありますか	□ない　□ある（病気の名前、症状　　）

裏面も必ずご確認・ご記入をお願いいたします。

申請理由 (□に✓を付けて下さい) 複数回答可	□自分の体調が優れない □授乳について不安がある □育児方法について相談したい □家族などから援助が受けられない □その他（　　）
希望するサービス (□に✓を付けて下さい) 複数回答可	□母体の健康管理や生活指導 □授乳指導等 □乳児の沐浴や育児方法の指導 □発育・発達のチェック、体重・排泄のチェックなどの乳児の管理 □その他（　　）
同意欄 （利用者、又は配偶者が記載してください）	情報提供、施設の利用、支払いに関する同意書 (1) 市が実施施設に対し、産後ケア事業の実施にあたり必要となる利用者の情報等を提供すること、及び、実施施設が、サービスの利用状況等を市へ情報提供することについて了承します。なお、利用者が市外に住所地がある場合は、市と住所地自治体においても利用者の情報やサービス利用情報等利用者支援に必要な情報を共有することについて了承します。 (2) 出産医療機関と産後ケア実施施設が異なる場合、出産医療機関が産後ケア実施施設に対し、継続したケアを行うために必要な情報等を提供することについて了承します。 (3) 利用日当日、実施施設の状況等により、利用が出来ない場合があります。 (4) 母子に医療行為が必要と判断された場合、当事業が利用できなくなることを了承します。 (5) 産後ケア利用後に、公費負担額を除いた自己負担金等を施設に支払います。 年　　月　　日　　氏名 （署名又は記名押印）
同意欄 （利用者、又は配偶者が記載してください）	税情報等確認に関する同意書 産後ケア事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、市が利用者及びその配偶者の情報や公簿等、事務処理に必要な情報を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等※1を提供します。 年　　月　　日　　氏名 （署名又は記名押印）

※１　市民税非課税者としてサービスの利用を希望され、かつ、１～６月までに申請する方は前年の１月１日現在、７～１２月末までに申請する方は申請する年の１月１日現在において浜松市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。