

松本市産後ケア事業利用申請書

（あて先）松本市長

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請者	住 所	(〒)		
	氏 名			
	電話番号			
	メールアドレス			
利 用 区 分	1 入院等 ・ 2 通院等			
出産施設名				
出産年月日	年 月 日	退院・退所（予定） 年月日	年 月 日	
利用（予定）期間	年 月 日から 日間			
利用を希望する 受託医療機関等	名称 _____（病院・診療所・助産所） 所在地 _____			
利用を希望する理由（困っていることや心配なこと等具体的に記入してください。）				

住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳の閲覧等に係る同意書

1 事業を利用するに当たり、松本市産後ケア事業実施要綱第10条第2項に規定する費用に乗じる割合を判定するため、私が属する世帯の住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳を閲覧することに同意します。

2 松本市産後ケア事業実施要綱第8条第1項に規定する市長が事業利用の可否決定をするため、私の市税の滞納状況を調査することに同意します。

3 松本市産後ケア事業実施要綱第8条第3項の規定により、松本市長が産後ケアを利用する医療機関に、私が提出した松本市産後ケア事業利用申請書の写しを提供することに同意します。

氏 名

※ 以下は松本市記入欄です。

住 所 確 認		年 月 日			住民基本台帳の記載 あり ・ なし	
決 裁 欄	上記申請について調査の結果、実施（可・否）と認められるので、別紙のとおり決定してよろしいでしょうか。				起案日	
					決裁日	
					施行日	
	係	係 長	課長補佐	課 長	費用に乗じる割合	100 分の 80 ・ 100 分の 100
					指 令	第 号

家 族 状 況	続柄	氏 名	生 年 月 日	年齢	職業	備 考
	本人		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
	特記事項（ 生活保護受給世帯 ・ 市民税非課税世帯 ）					
妊 娠 中 の 状 況	妊娠中の経過 良好・問題あり（ ） つわり（軽度・普通・重症・長引いた） 妊娠中毒症（有・無） 貧血（有・無） 切迫流産・早産（有・無） その他特記事項（ ） 就労状況 ※有職者のみ（業務内容変更・療養休暇取得・産前休暇取得・産後休暇取得）					
出 産 及 び 産 後 の 状 況	在胎 週 児の体重 g・身長 cm 単胎・双胎 児の保育器収容（有 日間・無） その他児の治療（有 ・無） 分娩時間 時間 帝王切開（有・無） 産後の母の貧血（有・無） 母乳分泌（良好・不良） 児の栄養（母乳のみ・混合・ミルクのみ） 産後の母の心身の状況（良・不良 ）					

※ 以下は松本市記入欄です。

区 分	担当課決裁欄			
上記申請者が属する世帯は、生活保護受給世帯に （ 該当します。 ・ 該当しません。 ）	生活保護担当課（ 課）			
	係	係 長	課長補佐	課 長
上記申請者が属する世帯は、市民税非課税世帯に （ 該当します。 ・ 該当しません。 ）	市民税担当課（ 課）			
	係	係 長	課長補佐	課 長