

様式第1号（第5条関係）（利用者⇒市町村⇒事業者）

甲州市産後ケア事業利用（登録）申請書

年 月 日

（宛先）甲州市長

甲州市産後ケア事業の利用（登録）について次のとおり申請します。

申請者 （事業の 利用 予定者）	（ふりがな） 氏 名		生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	住 所	〒 山梨県 甲州市				
	連絡先	電話 Email * 昼間連絡がつくところをお書きください。				
	予定日	年 月 日			出産予定 医療機関	
	出産日	年 月 日			出産 医療機関	
申請理由 * 利用にあたっての参 考にさせていただきます。 該当するところに ○をつけ、ご記入く ださい。（複数可）		出産後の育児や体調に不安がある				
		授乳や抱き方などの育児技術を学びたい				
		家事や育児に負担を感じる				
		その他（ ）				
多胎児の利用		☐ あり（1人を超える人数 人） * 例：双子の場合1人 ☐ なし				
産後に申請の方は希 望する利用予定日を お書きください		年 月 日 ～ 年 月 日 （ 泊 日）				
同意欄						
①産後ケア事業利用に関し、甲州市が運営事業者により、必要な個人情報として（利用（登録）申請書）を提供すること、及び運営事業者が甲州市に対して（利用状況報告書）を提供すること。 ②利用日の調整は、申請者と運営事業者が直接行うこと。また、調整によっては希望に添えない場合もあること。 ③医療的処置が必要である状態の母子は利用できない場合もあること。 ④産後ケア事業利用時には、決められた自己負担金を利用時に実施施設に支払うこと。 ⑤利用（登録）申請書の内容に変更があるときは、市に報告し登録内容の修正を行うこと。転出の場合には、甲州市の利用登録は取り消されるので、改めて転入先の市町村で利用申請手続きを行うこと。 上記①②③④⑤に同意します。 氏 名						

※市町村から委託事業者への連絡事項記入欄

運営事業者からの予約票の郵送先は ・ 自宅 ・ 勤務先 ・ その他 ・ Email
上記以外の住所 〒 山梨県

注）・ 太枠の中を記入し、同意欄にご署名下さい。
・ 生活保護受給世帯または市民税非課税世帯の方は、自己負担金の費用助成が受けられますので、併せて申請手続きを行ってください。

世帯区分	市町村受付印
☐ 課税	
☐ 非課税	
☐ 生活保護	