記入例

第１号様式（第５条関係）

# 上越市産後ケア事業実施申請書

令和　〇年　△月　□日

（宛先）上越市長

〒943-****

申請者　住　　所　上越市木田 1-1-3

氏　　名　上越　花子

生年月日　昭和・平成　3 年　10 月　3 日

電話番号　025-526-5111

（署名の場合は押印不要）

次のとおり上越市産後ケア事業の実施を申請します。

| | |
|---|---|
| 希望する産後ケアの種類及び内容 | ☑ 訪問型ケア　☐ 来所型ケア<br>☑ 産後の身体の回復のための支援<br>☑ 授乳の指導及び乳房のケア<br>☑ 出産及び育児に伴う産婦の精神的負担に対する支援<br>☑ 新生児及び乳児の発育状況に応じた育児指導<br>☐ その他（　　） |
| 出産（予定）日 | 令和　4 年　4 月　20 日　（第　1　子） |
| 実施を希望する理由 | ☑ 心身の不調及び強い育児不安があるため<br>☐ その他（　　）<br>※助産師や保健師にお聞きしたいことがありましたら、記入してください。 |

| 同居している人 | 氏　名 | 利用者との続柄 | 生年月日 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|
| | 上越　太郎 | 夫 | 平成 2 年 8 月 25 日 | 緊急連絡先電話番号 |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |

産後ケア事業の実施に関する審査のため、健康づくり推進課の職員が利用者及びその配偶者の市民税の課税状況を確認することを承諾します。

署名の場合は押印不要です。　氏名　上越　花子

（署名の場合は押印不要）

産後ケア事業の利用期間を決定するため、健康づくり推進課の職員が出産日を確認することを承諾します。

署名の場合は押印不要です。　氏名　上越　花子

（署名の場合は押印不要）

※ここから下は、記入しないでください。

| 区　分 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 妊産婦 | ☐市民税課税 | ☐市民税非課税 | ☐生活保護世帯 |
| | 夫 | ☐市民税課税 | ☐市民税非課税 | |