

蕨市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

蕨市長 あて

申請者  
住 所  
氏 名

私は、次のとおり産後ケアを受けたいので、蕨市産後ケア事業の利用を申請します。また、申請に当たり、世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を確認すること、及び申請内容や利用結果について委託事業者と蕨市で情報共有することに同意します。

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
フリガナ 子の氏名		予定日／出産日	年 月 日 (生後 か月 日)
住所	蕨市		
連絡先	携帯： - -	自宅： -	
希望する 事業	<input type="checkbox"/> 短期入所型（希望宿泊数 泊 日） <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型		
希望する 内容	<input type="checkbox"/> お母さんの健康管理及び生活面の相談 <input type="checkbox"/> 抱っこやおむつ交換などの子どもの世話について <input type="checkbox"/> 授乳について（乳房管理を含む。） <input type="checkbox"/> 沐浴について <input type="checkbox"/> 子どもの成長の確認、相談 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）		
課税状況等	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯課税状況不明	当市で課税状況等が確認できない場合、 <input type="checkbox"/> 当該年度の世帯員全員の非課税証明書等を提出します。 <input type="checkbox"/> 上記を提出せず、市民税課税世帯の自己負担額を支払うことを承諾します。	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	生活保護受給証の写しが必要となります。	