様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

佐久市産後ケア事業（ショートステイ型）利用申請書

（申請先）佐久市長

　住　　所　〒

　　　　　　　　　佐久市

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

次のとおり佐久市産後ケア事業（ショートステイ型）を利用したいので申請します。併せて、次の事項について承諾します。

（１）事業の利用に当たり、市が世帯の状況及び課税状況等について調査すること。

（２）市、医療機関及び助産所で、相互に母子の健康保持に必要な情報交換を行うこと。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分（該当する区分を○で囲む。） | | | | 新規・延長等 | |
| 利用者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 子の氏名 |  | | | |
| 出産（予定）施設名 | |  | | | |
| 出産（予定）年月日 | | 年　 月　 日 | 退院（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 | |  | | | |
| 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。） | | | | | |

以下、市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子の状態 | | | | | | | | |
| 住民税非課税世帯 | | 該当 ・ 非該当 | | 生活保護受給世帯 | | | 該当・非該当 | |
| 上記申請について、別紙のとおり承認してもよいでしょうか。 | | | | | | 起案日 | | 年　月　日 |
| 課長等 | 課長補佐 | 係長 | 係 | | 施行 | 決裁日 | | 年　月　日 |
|  |  |  |  | |  | 施行日 | | 年　月　日 |
| 発番号 | | 第　　　号 |