様式第３号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者→事業者）

あて先）事業者

**札幌市産後ケア事業利用申込書**

次のとおり、札幌市産後ケア事業の利用を申請します。

太枠の中を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 申込日　　年　　月　　日 |
| （ふ り が な）  利 用 者 氏 名 | （　　　　　　　　　　　　） | 生　年　月　日 | 年　　月　　日 |
| 連　絡　先 | 〒  札幌市　　区  電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 緊 急 連 絡 先 | 氏名（　　　　　　　　　　）続柄（　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | |
| （ふりがな）  子 の 氏 名 | （　　　　　　　　　　　　） | 子の生年月日 | 令和　年　　月　　日 |
| 出 生 体 重 |  | 退院日 |  |
| 出産医療機関 |  | かかりつけ医 |  |
| 利用種別及び  利用希望期間 | □宿泊型　　令和　年　　月　　日　～　令和　年　　月　　日  □日帰り型　令和　年　　月　　日  □訪問型　　令和　年　　月　　日　　　　　　：　～　　　　： | | |
| 利用希望施設 |  | | |
| 申 請 理 由  （複数回答可） | □①家族等から十分な支援が得られないため  □②心身の不調により休養をしたいため  □③母体ケア（乳房手当やトラブルケア、産後の体調等）について知りたいため  □④子の発育・発達について知りたいため  □⑤育児（沐浴、授乳、抱っこ等）について知りたいため  □⑥家庭における子どもとの過ごし方について知りたいため  □⑦その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 既往歴、服薬中の薬、通院中の病気 |  | | |
| アレルギーの有無 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用料金の区分  ※ 添付書類が必要です。証明書の発行に手数料はかかりません。 | □①生活保護世帯  □生活保護受給証明書　　□生活保護決定通知書  □②市民税非課税世帯  □所得（市・道民税）証明書　□市・道民税納税通知書  □市・道民税特別徴収税額決定通知書 | | |
| 下記について同意します。  ①利用にあたり、利用者の健康状態等必要な情報について、事業者と札幌市が共有すること。  ②利用後に自己負担額を支払うこと、利用を変更又は中止する時は、**２営業日前の12時までに**その旨を連絡すること、その連絡が間に合わない場合は、事業利用と同額の自己負担額を支払うこと。  **同意者氏名** | | | |
| 担当者記入欄 |  | | |