

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	<input type="checkbox"/> 宿泊型 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日帰り型 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問型 令和 年 月 日 : ~ :										
利用希望施設											
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ① 家族等から十分な支援が得られないため <input type="checkbox"/> ② 心身の不調により休養をしたいため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ④ 子の発育・発達について知りたいため <input type="checkbox"/> ⑤ 育児 (沐浴、授乳、抱っこ等) について知りたいため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ① 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護決定通知書 <input type="checkbox"/> ② 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得 (市・道民税) 証明書 <input type="checkbox"/> 市・道民税納税通知書 <input type="checkbox"/> 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、 <b>2営業日前の12時まで</b> 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。 <b>同意者氏名</b> _____											
担当者記入欄											