

台東区産後ケア事業(宿泊型サービス)利用申請書

台東区長 殿

年 月 日

次のとおり、産後ケア事業(宿泊型サービス)の利用を申請します。

| | | | | |
|------------------------|--|-------------|-------------|---------|
| フリガナ 申請者氏名 (利用者) | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 住 所 | 台東区 | | | |
| 連絡先 電 話 FAX | ① () ② () ③ () FAX () | 職 業 | あり () ・ なし | |
| 出産日 (予定日) | 年 月 日 | 出産医療機関 | | |
| 世帯構成 | フリガナ 氏 名 | 申請者との 続柄 | 生年月日 | 勤務先等の名称 |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| 利用希望時期 | 出産退院直後 ・ 産後1か月以内 ・ 産後1か月以降 ・ 未定 | | | |
| 利用希望施設 | ●希望の施設に○を付け、()に優先順位を書いてください 八千代助産院 () ・ 永寿総合病院 () ・ 吉田産婦人科 () ・ 東京リバーサイド病院 () | | | |
| アレルギー | 食物アレルギーの有無(あり：具体的に () ・ なし) アレルギーの有無 (あり：具体的に () ・ なし) | | | |
| 申請理由 | ●該当するものに○をつけてください。 () 自宅に帰っても手伝ってくれる人がいない () 妊娠中または産後の体調がよくない () 退院後の育児に不安を感じる () その他() | | | |
| 世帯の状況 | ●該当するところに○を付けてください 住民税課税世帯 ・ 住民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 | | | |

同意書

私は、当申請に関し次の事項に同意します。

(自署または記名押印)

氏 名

Ⓜ (本人)

- (1) この申請に当たり、台東区が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査すること。
- (2) このサービスを利用するために、申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者へ提供すること並びに、利用者の健康状態について、受託事業者から台東区に情報提供すること。
- (3) 入所時に利用者負担金(実費相当分)を施設に支払うこと。
- (4) 乳児家庭全戸訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況等に関する情報を台東区が利用すること。

| | | |
|-------------|-------------------|-----|
| ※担当者 記入欄 | (課税 ・ 非課税 ・ 生保) | 受付者 |
|-------------|-------------------|-----|