

第1号様式（第7条関係）

春日井市産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請にあたって、春日井市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 春日井市 電話			
	緊急連絡先	(ふりがな) 氏名	申請者との続柄		
		住所	電話		
	(ふりがな) 乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)	
	(ふりがな) 乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)	
出産 (予定) 施設		在胎週数	週	出生体重 g	
母子 以外の 世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日 年 月 日 職業	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
利用申請理由	<input type="checkbox"/> お母さんの体調に不安がある。				
	<input type="checkbox"/> 育児について不安がある。				
	<input type="checkbox"/> 家事や育児などを手伝ってくれる人がいない。				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又は市民税非課税世帯				
<p>①春日井市産後ケア事業利用登録申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から春日井市に情報提供することに同意します。</p> <p>②利用料に係る世帯区分を確認するために、春日井市が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名 (自署)</p>					

職員記入欄 (受付者名)
利用予定・施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ (泊 日) 施設名 ()
<input type="checkbox"/> デイサービス (日) 施設名 ()
<input type="checkbox"/> アウトリーチ (日) 施設名 ()
備考 ()