

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							
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子と一緒に生活リズムを整えたいため <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、 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								