

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

宜野湾市長 殿

宜野湾市産後ケア事業利用申請書兼同意書

産後ケア事業の利用を希望するので、下記のとおり申請します。

申請者	しめい 氏名		生年 月日		利用者 との関係	
	住所			連絡先及び 緊急連絡先		
<input type="checkbox"/> 申請者が利用者本人（利用者の欄は記入不要）						
利用者	しめい 氏名		生年 月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同上（住所の欄は記入不要）		連絡先及び 緊急連絡先		
児	しめい 氏名		生年 月日		出産 病院	
利用 希望 内容	区分	利用希望日程	日数	希望施設		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型			第1	第2	第3
	<input type="checkbox"/> デイサービス型 6時間			第1	第2	第3
	<input type="checkbox"/> デイサービス型 3時間			第1	第2	第3
<input type="checkbox"/> アウトリーチ型 (訪問)			第1	第2	第3	
申請 理由	※ <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調がある    ※ <input type="checkbox"/> 育児不安がある    ※どちらかに該当することが必須条件 <input type="checkbox"/> 家族等から支援が受けられない (理由： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯					

**同意欄** 私は、産後ケア事業の利用申請にあたり次の事項に同意します。

- 1 委託医療機関等との調整は宜野湾市が行います。利用希望施設状況によっては、希望施設を利用できないこともあります。
- 2 一部自己負担があります。また、委託サービス内容以外の利用、施設の利用料金の変動による追加料金については、別途自己負担を支払います。
- 3 産後ケアの利用を取りやめるときは、利用施設へ利用予定日の利用施設の定める日までに連絡します。連絡がない場合は、サービスを1回利用したものとみなし、キャンセル料として利用施設へ自己負担額を支払います。
- 4 サービス利用状況や得られた情報について、今後の子育て支援のために関係機関との情報を共有します。
- 5 宜野湾市より転出後は、利用できません。間違って利用した場合は、産後ケア利用料全額を施設側へ支払います。

署名：