

令和 年 月 日

西東京市産後ケア事業利用登録申請書

西東京市長 宛て

下記のとおり、西東京市産後ケア事業の利用登録を申請します。

(フリガナ) 利用者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
電話番号	*日中連絡がとれる番号をご記入ください		
住所	西東京市		
出産(予定)日	年 月 日		
出産(予定) 医療機関等	[名称] [住所]		
※出産後の申請の場合 (フリガナ) 子の氏名		※出産後の申請の場合 出生体重、週数	g、 週

I 申請理由 当てはまるところに○又はご記入ください(複数回答可)。

申請理由	① 出産後、育児や家事等のサポートを得られないため ② 休養したい ③ 出産後の子育てに不安があるため 具体的な内容→ ④ 産後の体調に不安・不調があるため 具体的な内容→ ⑤ その他→	(備考)
産後 期待できる サポート	① パートナー(育児休暇取得予定 有・無) 有の場合 → 時期: ② 自分の父母(里帰り・自宅に来る) 時期: ③ パートナーの父母 時期: ④ 事業者のサービス等 ⑤ その他:	

2 家族状況

	氏名	続柄	生年月日	健康状態
家族構成 ※同居のご家族について、ご記入ください				
世帯区分	該当する番号に○をしてください。 1 住民税課税世帯 2 住民税非課税世帯 3 生活保護世帯			
	※上記2、3に該当する方で、利用者負担金の減免申請を希望する場合は、下記のいずれかの書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税証明書（世帯全員分） <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書			

3 以下の内容をご確認の上、ご署名をお願いします。

同意書	
1	本事業を委託する医療機関等の実施施設に対し、個人情報を必要な範囲で提供すること。
2	実施施設が、市に対し、本事業の利用状況等を報告すること。
3	利用日の調整は、申請者と実施施設が直接行い、調整によっては、希望に添えないことがあること。
4	利用者負担金は、実施施設に直接支払うこと。
5	利用日の前日までに実施施設に連絡がなく、本事業を利用しなかった場合は、本事業を利用したものとみなし、利用できる回数を減ずること。
6	入院加療が必要となった場合や感染症の疑いがある場合、本事業を利用できないこと。
7	母子保健・子育て支援サービス提供のため、本事業の利用状況について、市の関係部署に情報提供する場合があること。
8	利用者負担金の決定に必要な所得状況（同一世帯者を含む。）について、市が保有する公簿等により確認すること。
9	利用日に西東京市に住民票がない場合や申請内容に偽りがあった場合は、本事業を利用できないこと。
上記に同意のうえ、申請します。	
令和 年 月 日	
氏名 _____ (自署)	

※以下、市記入欄

内容確認	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> たまご面接済			
書類確認	<input type="checkbox"/> 住民税非課税証明書（世帯全員分） <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書			
窓口受付者	登録番号	チケット	通知書	健康観察シート
		未・済 /	未・済 /	未・済 /

收受印