

## 八王子市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

八王子市長 殿

申請者 氏

※代理人の場合

氏名	
(産婦との続柄)	

住所

氏名(産婦)

電話番号

緊急連絡先

(続柄: )

産後ケア事業を利用したいので次のとおり申請します。

産後ケアに必要な情報を契約助産師へ提供します。

5か月未満の 乳児氏名		生年月日	年 月 日		
		第 子			
世帯構成	氏 名	ふりがな	続 柄	生 年 月 日	備考
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
申請理由	家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないことに加え、 1.産後に心身の不調又は育児不安等がある。 2.その他特に支援が必要である。 (上記該当項目に○を付してください。)				

市 記 入 欄	産後ケアの利用が 妥当である ・ 妥当でない (面談担当者: )
	世帯の区分 生活保護世帯 市民税非課税世帯 左記以外
	添付書類 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書

受 付 印