

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

郡山市長

申請者 氏名

住所

電話番号

郡山市産後ケア事業の利用を下記のとおり申請します。

| | | | | |
|---|--------------|-----------|-----------|-------|
| 申請者 (利用者) | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 子の氏名 | (第 子) | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 出産(予定)施設 | 出産(予定)年月日 | 退院(予定)年月日 | |
| | | | | |
| 利用内容 | 事業の種類 | 利用(予定)期間 | 利用医療機関等 | |
| | ショートステイ・デイケア | (~ 年 月 日) | | |
| | ショートステイ・デイケア | (~ 年 月 日) | | |
| 申請理由 1 体調管理・休養 2 育児技術獲得・育児相談(お世話の仕方、体重の増えの相談) 3 乳房の状態の確認・母乳の相談・授乳の相談 | | | | |

※所得区分に応じて利用料が表のとおり適用されます。

| | | | |
|------|-------|--------|--------|
| 所得区分 | 非課税世帯 | 生活保護世帯 | その他の世帯 |
| 利用料 | 負担なし | 負担なし | 全額負担 |

非課税世帯、生活保護世帯の方で、利用料の軽減を希望される場合は、下記を記入してください。

非課税世帯
 生活保護世帯
 郡山市産後ケア事業の利用について、利用料軽減の申請をします。

年 月 日

氏名

※ 非課税世帯の方は、市町村民税を証明する書類を添付してください。ただし、裏面の同意欄に記入すれば、省略することができます。(郡山市で課税状況を確認できない場合は省略できません。)

※ 生活保護世帯の方は、裏面の同意欄に記入してください。

----- 市側記入欄 -----

| | | | | |
|---------|-------|-------|-------|----------|
| 申請受付年月日 | 年 月 日 | 決定年月日 | 年 月 日 | 承認 ・ 不承認 |
|---------|-------|-------|-------|----------|

同意書

<非課税世帯用>

市町村民税を証明する書類を持参いただくか、下記の同意書に記入してください。
なお、1月1日時点で郡山市民でない方（世帯員含む）は、市町村民を証明する書類をご持参ください。

産後ケアの利用料軽減の申請にあたり、郡山市が申請者（産後ケア利用者）と生計を同一とする者に係る市町村民税の閲覧を行うことに同意します。

年 月 日

申請者氏名

住所

生年月日

申請者との続柄

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

世帯員氏名 _____ 年 月 日 (_____)

<生活保護世帯>

産後ケアの利用料軽減の申請にあたり、郡山市が申請者（産後ケア利用者）の生活保護受給状況について確認することに同意します。

年 月 日

申請者氏名

住所