

## 釧路市産後ケア事業利用申請書兼同意書

令和 年 月 日

釧路市長 あて

次のとおり産後ケア事業の利用について、申請します。

ふりがな 利用者氏名(母)		生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)
住 所	〒 - 釧路市 丁目 番 号 マンション・アパート名 部屋番号		
電話番号	携帯・自宅・その他( )		
緊急連絡先	氏名	(利用者との関係)	
	住所		
	電話番号	携帯・自宅・その他( )	
ふりがな 利用者氏名(子)	(男・女)	出産(予定)日	令和 年 月 日( か月)
出生体重	g	出産(予定)施設	
利用希望施設名	<input type="checkbox"/> 市立釧路総合病院 <input type="checkbox"/> ママケアハウス イコロ助産院		
利用希望期間	<input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 2泊3日		
	第1希望 : 令和 年 月 日～令和 年 月 日 第2希望 : 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
申請理由	あてはまるもの全てに○をつけてください 1. 身体の回復に不安がある 2. 育児(授乳・沐浴・抱っこ等)について不安がある 3. 日常生活に不安がある 4. 育児を手伝ってくれる人がいない 5. 休養したい 6. その他( )		
所得の区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

&lt;同意書&gt;下記の事項に同意します。

氏名

①釧路市産後ケア事業を実施するにあたり、釧路市と委託事業者において、利用者の情報を共有すること

②利用者負担額決定のために、市が釧路市民税課税状況について調査すること

※やむを得ずご自身で申請できない場合は、下記委任欄を記載することにより、代理の方が申請を行うことができます。

委任欄	私は下記の者を代理人と定め、産後ケア事業利用申請兼同意に関する一切の権限を委任します。		
	委任年月日	令和 年 月 日	委任者(利用者)氏名
	代理人氏名:		利用者との関係:
	代理人住所:		電話番号:

## 【事務処理欄】

所得区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
------	--

申請受理日

申請受理日
-------