

福岡市産後ケア事業利用申込書

申込日：令和 年 月 日

事業者名

様

私は、福岡市内に住民登録(住民票)があり、下記事項(1～3)に同意のうえ、福岡市産後ケア事業の利用を申し込みます。

＜同意事項＞

- 1. 利用申込書と事業実施確認書を福岡市へ提出し、要件審査のために住民基本台帳による調査を行うこと。
- 2. 福岡市の各子育て支援事業との連携のために、必要な範囲内で、関係部署へ本書記載情報及び利用状況を共有すること。
- 3. 今後の支援に役立てるため、必要な範囲内で、事業者と福岡市(各区保健福祉センター)で利用状況等を共有すること。

ふりがな 利用者氏名			生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	
住民票上の 住 所	〒				
電話番号	- -		緊急連絡先	氏名 (本人との関係) TEL: - -	
流産又は死産となった日	令和 年 月 日				
ふりがな こどもの氏名	(第 子)		生まれた日	令和 年 月 日	
出生体重	g		栄 養	母乳・混合・ミルク 1日 回、離乳食 1日 回	
生まれた 病院名				妊娠期間	週
【多胎児の場合】					
ふりがな こどもの氏名	(第 子)		生まれた日	令和 年 月 日	
出生体重	g		栄 養	母乳・混合・ミルク 1日 回、離乳食 1日 回	
減免対象	☐ 生活保護世帯(※) ☐ 市民税非課税世帯(※) ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れ、下記の書類を添付してください。 ① 生活保護世帯の方：「生活保護受給証明書」 ② 市民税非課税世帯の方：生計中心者(同一生計で収入が1番高い方)の「非課税証明書」				

* 下記については、施設と利用日を打ち合わせてご記入ください。

サービス名			利用予定日				備 考	
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			令和	年	月	日 ()		
利用料金 (自己負担額)	市民税課税世帯	宿泊型	3,000円	日帰り型	2,000円	訪問型	500円	
	生活保護・市民税非課税世帯		0円		0円		0円	

事業者記載欄 (初回利用時)

下記項目について全て確認を行い、対象者に該当したため「福岡市産後ケア事業利用証明書」を発行しました。

- ☐ □ 口頭で、利用日において、対象者(母)が福岡市に住民登録があることを確認した。
- ☐ □ 児について、母子健康手帳などの生年月日(分娩日)により、生後1年未満であることを確認した。
または、対象者について、母子健康手帳または申し出により、流産や死産となってから1年未満であることを確認した。
- ☐ □ 口頭で、他事業者で「福岡市産後ケア事業利用証明書」が発行されていないことを確認した。

発行担当者：