

第1号様式（第8条関係）

年 月 日

(宛先) 昭島市長

昭島市産後ケア事業利用申請書

昭島市産後ケア事業を利用したいので、以下のとおり申請します。

申請者 利用者本人 本人以外 氏名 (利用者との続柄)

住 所

連絡先

(ふりがな) 利用者氏名			生年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名			生年月日	年 月 日
住 所				
電話番号				
緊急連絡先	氏 名	(利用者との続柄)		
	電話番号			
出産日（出産予定日）				
申請理由				
希望する事業の類型	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型（訪問型） <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="checkbox"/> ショートステイ型（宿泊型）			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯			

この申請に当たり、下記のことについて同意します。

事業を利用する際、次の利用者負担額を事業者に支払うこと。

- ・デイケア型の場合、1回につき 500 円
- ・宿泊型の場合、1回につき 3,500 円

キャンセルに関しては産後ケア事業のキャンセル規定に準じます。

※利用者カードキャンセル規定参照。

この事業を利用するため、昭島市から事業を提供するものに必要な情報を提供すること。事業を提供するものより昭島市に利用状況を報告すること。必要時、利用状況について関係機関に情報提供すること。住民税非課税世帯や生活保護受給世帯、中国残留邦人等支援給付受給世帯の場合、公簿等により、利用者の属する世帯の課税状況等を確認すること。事業の利用に変更がある際には、産後ケア事業利用変更等申請書を提出すること。氏名