

（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）			
出 産（ 予 定 ） 病 院			
申請理由			
希望する事業の種類	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 事業を利用する際、次の利用者負担額を事業者を支払うこと。 ・訪問型の場合、1回につき500円 ・デイケア型の場合、1回につき2,000円 ・宿泊型の場合、1回につき6,000円 <input type="checkbox"/> 次のキャンセルが生じた場合、その取消しに係る回数の利用があったものとする。 ・訪問型の場合、利用日当日のキャンセル ・デイケア型の場合、利用日2日前からのキャンセル ・宿泊型の場合、利用日2日前からのキャンセル <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 必要時、利用状況について関係機関に情報提供すること。 <input type="checkbox"/> 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。			
氏名 _____			