

記入例

申請日

第1号様式（第8条関係）

令和〇年 〇月 〇日

(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 **昭島 太郎** (利用者との続柄 **夫**)

住所 **昭島市△△町〇〇-〇〇-〇**

連絡先 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

利用者氏名 (ふりがな)	あきしま はなこ 昭島 花子	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
子の氏名 (ふりがな)	あきしま いちろう 昭島 一郎	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
住所	昭島市△△町〇〇-〇〇-〇		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母の連絡先)		
緊急連絡先	氏名	昭島 太郎	(利用者との続柄 夫)
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
出産日 (出産予定日)	令和〇年〇月〇日		
出産 (予定) 病院	△△病院		
申請理由	(例) 母乳相談のため、育児不安があるため など		
希望する事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="checkbox"/> 宿泊型		
世帯区分	<input checked="" 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。

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

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

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。

すべてお読みになった上で
 にチェックを入れてください

申請者の方が署名をしてください

氏名 **昭島 太郎**