

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

下記の2項目すべてに該当する方が対象となります。該当する場合は☑をお願いします。

- 私は、福岡市内に住民登録（住民票）があります。
- 私は、体調や育児に不安があります。または、疲れています。

私は、上記のすべてに該当するため、福岡市産後ケア事業の利用を申し込みます。

また、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に同意します。

※今後の支援に役立てるため、利用状況について各区保健福祉センターと情報共有してよろしいですか。

→ はい・いいえ（該当する方に○をつけてください）

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		

* 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				
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
ショートステイ ・ デイケア ・ 訪問型		令和 年 月 日（ ）						
利用料金 (自己負担額)	市民税課税世帯		3,000円	ショート ステイ	デイケア	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
	多胎児 加算	市民税課税世帯	1,500円			1,000円		250円
		生活保護 市民税非課税世帯	0円			0円		0円

※減免対象の方は、下記の書類を一緒に添付してご提出ください。

①市民税非課税世帯の方・・・生計中心者（同一生計で収入が一番高い方）の市民税が非課税の場合は、生計中心者の「市民税非課税証明書」をご提出ください。

②生活保護の方・・・「保護受給証明書」

事象者記載欄

下記について確認を行い、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。
確認したものに☑をつけてください。※下記項目すべての確認が必要です。

- 表面枠内2つの要件にチェックがついていることを確認した。
- 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。
- 育児状況などを尋ね、体調や育児に不安（不調）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（4月1日生まれの場合、翌年3月31日まで）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： _____