

## 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。

&lt;同意事項&gt;

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	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯(※) <input type="checkbox"/> 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 ( )		
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

## 事象者記載欄（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、流産や死産となつてから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：