

北九州市産後ケア事業登録利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北九州市長

北九州市産後ケア事業の利用について、下記のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生年月日	昭和・平成	
	氏名			年 月 日 (歳)	
	申請の種類 (どちらかに ☑)	<input type="checkbox"/> 初回登録 <input type="checkbox"/> 登録済み	母子健康手帳番号	—	
	住所	(〒 -) 北九州市 区			
	連絡先 (電話番号)				
	ふりがな	性別	生年月日	出生体重	
	子の氏名	男・女	令和 年 月 日	g	
	子の氏名 (多胎の場合)	男・女	令和 年 月 日	g	
出産(予定日)	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日		
出産(予定)医療機関					
緊急連絡先	ふりがな				
	氏名	続柄 ()			
	連絡先(電話番号)	連絡先① () 連絡先② ()			
<p>〈同意書〉 私は北九州市産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。</p> <p>1 登録利用申請書を北九州市へ提出し、要件審査のために住民基本台帳による調査を行うこと。</p> <p>2 市が養育状況確認のために申請者に連絡すること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、医療機関や市が情報を共有すること。</p>					
申請者(利用者)氏名 _____					

*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。

産後ケア利用機関名		
実施内容	利用予定日	備考
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型（短時間）・ 居宅訪問型	年 月 日（ ）	

《利用者負担》

実施内容	一般世帯	減免世帯
宿泊型	6,000 円	2,000 円
通所型	2,000 円	600 円
通所型（短時間）	1,000 円	300 円
居宅訪問型	2,000 円	600 円

《委託先記入欄》

- 事業の概要や利用までの流れ（利用期間や来所時間、キャンセル料、内容希望等の確認）について、説明しました。
- 北九州市産後ケア事業登録利用申請書を受け取り、利用者負担について確認しました。
（減免世帯の場合は、以下のいずれかの書類を添付してください。）
 - 利用希望者の属する世帯における生計中心者の市民税非課税証明書の写し
 - 保護受給証明書の写し
- 承認した場合、北九州市産後ケア利用証明書（様式第3号）、または母子健康手帳の「産後ケアの記録」欄に利用実績を記録しました。
※北九州市産後ケア利用証明書（様式第3号）へ記録した場合は、母子健康手帳へ貼付してください。

《利用の可否》

可 · 不可

上記確認しました。

委託事業者名 _____

担当者名 _____