

年 月 日

（あて先）甲府市長

私は、日帰り型産後ケア事業の利用（登録）を申請します。

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|------|---|----------------|---|--------|
| 申請者 | (ふりがな) 氏名 | () | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| | 住所 | 〒 | 甲府市 | | | | |
| | 資料等 送付先 | <input type="checkbox"/> 同上 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他 | 〒 | 送付先の苗字 | | | |
| | 連絡先 | 電話 () * 日中連絡がつくところをお書きください。 | | | | | |
| eメールアドレス | | | | | | | |
| 出産日 (予定日) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 出産(予定) 医療機関 | | |
| 双子・三つ子の利用 | <input type="checkbox"/> あり (1人を超える人数 人) ※例：双子の場合1人 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| 利用要件の確認 | 市民税非課税世帯ですか | | | はい ・ いいえ | | | |
| | 生活保護を受けていますか | | | はい ・ いいえ | | | |
| 希望する産後ケア の利用予定日 | 妊娠中の申請で予定が見つからない方は未記入でも結構です。 また、記入した日程に必ずしも利用できるとは限りません。後日、調整を事業者と行ってください。 | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | (宿泊型産後ケア事業と同時利用する場合の利用予定日) (年 月 日～ 年 月 日) | | | |
| 産後ケア (宿泊・日帰り) 過去の利用状況 | 宿泊(年 月 日～ 年 月 日) 泊 日 | | | | | | |
| | 宿泊(年 月 日～ 年 月 日) 泊 日 | | | | | | |
| | 日帰り(1回目 年 月 日) | | | 日帰り(2回目 年 月 日) | | | |
| | 日帰り(3回目 年 月 日) | | | 日帰り(4回目 年 月 日) | | | |
| 同意欄 | | | | | | | |
| <p>①申請内容に虚偽があった場合は全額自己負担になること。</p> <p>②要件確認のため、税情報を甲府市が閲覧すること、及び、市民税等納税の確認ができた上で、利用が可能であること。</p> <p>③産後ケア事業に関し、甲府市が事業者との間で、必要な個人情報（兼利用（登録）申請書）を提供すること、及び事業者が甲府市に対して必要な個人情報（利用状況報告書）を提供すること。</p> <p>④利用日の調整は、申請者と事業者が直接行うこと。また、調整によっては希望に添えない場合もあること。</p> <p>⑤医療的処置が必要である状態の母子は利用できない場合もあること。</p> <p>⑥産後ケア事業実施施設入所中の退所時まで、利用者負担金（1日500円+昼食代別途）を委託事業者に対して支払うこと。</p> <p>上記①②③④⑤⑥に同意します。</p> <p>なお、今後申請する場合は、本同意に基づき申請します。</p> | | | | | | | |
| 年 月 日 氏名 | | | | | | | |

※市町村・事業者記入欄

| | | | | | | |
|---------|------------------|-----------|----------|----------------|--------------|--|
| 受付者 | 甲府市・事業者 | 受付 年月日 | 年 月 日 | 甲府市受取 年 月 日 | 受付番号 | |
| 要件の確認 | 甲府市住民票 あり・なし | | 市民税非課税世帯 | | 生保世帯 | |
| 自己負担金/日 | 500円 ・ 250円 ・ 0円 | | 利用実績 | | 宿泊 泊 ・ 日帰り 日 | |
| 事業者受取確認 | 年 月 日 | | 氏名 | | | |