第３号様式の１

# 川崎市産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

宛先）川崎市長

申請者　住所　川崎市
氏名
電話
（利用者との関係：　　）

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

<table>
<tr><td>利用者住所</td><td colspan="4">川崎市　　区</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4">自宅　　－　　－<br>携帯　　－　　－<br>※連絡の取りやすい携帯電話等の番号を記載してください。</td></tr>
<tr><td>利用者<br>（妊産婦）</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">利用者<br>（子）</td><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2">（第　子）</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>出産（予定）日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）<br>病院・産院名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出生体重</td><td colspan="2">g</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="4">１　産婦の心身のケアや保健指導を必要としている。<br>２　児の成長・発達についての保健指導を必要としている。<br>３　育児に関するサポートや保健指導を必要としている。<br>４　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>利用希望<br>期間等</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯の方は、利用者負担額が通常よりも低い金額となります。次の当てはまる箇所にチェックをしてください。
□どちらにも該当しない　□非課税世帯　□生活保護受給世帯

※生活保護世帯及び市民税非課税の世帯については、世帯員全員分のそれを証する書類又はその写しの提出が必要です。

## 同意書

本事業を利用するにあたり、次のことに同意します。

1 ご利用の案内を読みました。

2 宿泊型、日帰りロング型を利用する場合は、母親が妊娠前から産後ケア申し込みの時まで、治療している病気はありません。

3 施設予約時に、上記の内容が確認された場合は、宿泊型、日帰りロング型の利用をお断りする場合があります。

4 利用日に、体調等がすぐれない場合（発熱している、持病が悪化している等）はご利用をお断りする場合があります。

5 産後ケアの利用中に、急な体調不良等で、施設が継続困難と判断した場合は、利用の中断をする場合があります。

6 お子様一人につき通算して７日（回）までの利用を超えて利用された場合は、施設が設定する利用料金の全額が自己負担となります。（多胎児の場合は児一人につき７日以内の利用が可）

7 生活保護世帯及び市民税非課税世帯を除き、母親１人につき初回から５回目まで利用料金が２５００円減免されます。５回の回数を超えて減免を利用した場合は、利用料金の差額分は自己負担となります。

8 利用日の前日の１２時までに利用の変更や中止の連絡がない場合は、キャンセル料として費用を徴収されます。なお、キャンセル料は減免の対象になりません。

9 利用料金またはキャンセル料は各施設に直接現金で支払います。

１０ 本事業の実施及び利用状況及び支援に必要な情報を、川崎市及び川崎市から業務委託を受けた事業者又は医療機関で共有します。

１１ 利用者負担額等の算定に必要な場合、申請者や同居親族の市区町村民税課税状況について、文書の閲覧又は資料の提供を官公署に求めることがあります。

□同意する　　□同意しない