

（あて先）松江市長

申請者名

（続柄： ）

## 松江市産後ケア事業利用申請書

松江市産後ケア事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、市が私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について確認することに同意します。このことについては、私の世帯員の同意を得ています。また、利用する医療機関等へ必要な個人情報を提供することに同意します。

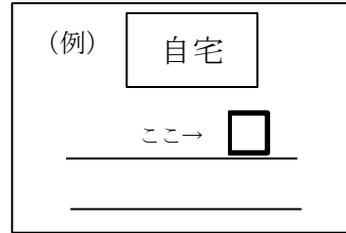
フリガナ	生年月日		
利用者氏名（産婦）	S・H 年 月 日（ 歳）		
フリガナ	男 ・ 女	生年月日	出生順位・出生体重
利用者氏名（子）		R 年 月 日 (生後 月)	第（ ）子 ( )g
フリガナ	男 ・ 女	生年月日	出生順位・出生体重
利用者氏名（子）		R 年 月 日 (生後 月)	第（ ）子 ( )g
利用者住所	〒 電話番号 ( )		
世帯全員の課税状況※	1 課税世帯 2 非課税世帯 3 生活保護世帯		
出産した医療機関等			
利用する理由	1 出産後の身体回復に不安があるため(医療的なケアが必要でない) 2 育児について不安があるため 3 家族等からの産後の支援を得られないため 4 その他 ( )		
希望種別	1 通所型(希望施設 ) 2 訪問型 3 宿泊型(希望施設 )		
駐車場の有無 (訪問型利用希望の場合)	1 あり 2 なし 裏面に駐車可能場所を記入ください。		

※生活保護世帯の方は、保護受給証明書を添付してください。

※「2非課税世帯」の場合のみ、市民税課に課税状況を照会します。「市民税非課税世帯」とは住民票に記載されている世帯員全員が市民税を課税されていない場合に該当します。未申告者のいる世帯は、課税状況の判定ができませんので対象になりません。世帯員のうち令和5年1月1日に松江市に住民登録のない人は、前住所地の課税証明書を添付してください。

訪問者の  
駐車可能場所

- ・助産師は自動車で訪問しますので、駐車できる場所を記入ください。
- ・自宅に駐車スペースがない場合は、近隣の駐車可能場所を記入ください。



ご希望のケアについて、希望する内容の順番を（ ）に記入をお願いします。  
時間の都合上すべて行えない場合がありますので、ご了承ください。

- ( ) 授乳に関する相談
- ( ) 赤ちゃんのお世話の練習をしたい
- ( ) 話をゆっくり聞いてほしい
- ( ) ゆっくり休みたい



上記以外で希望されることを記載ください。