

産後ケア利用申請書

倉敷市長あて

今回申請した利用希望施設へ申請事項等の通知をするとともに、倉敷市が本事業の指導内容等を確認し、利用者の母子保健に係る保健指導の参考とすることに同意します。
また、市負担額の加算を申請する場合は、利用者及び世帯に属する者の市県民税の課税状況、又は生活保護受給の有無について関係部署へ照会することに同意します。(市の台帳で確認できない場合は別途、世帯の所得証明書等の資料を求めることがあります。)

		申請日	令和	年	月	日	
申請者	フリカナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	年	月	日
	住所	〒 倉敷市					
	電話番号	-		利用者との続柄			

利用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ →記入不要です	フリカナ		生年月日	昭和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる →記入してください	氏名			平成	年	月	日
利用を希望する産後ケア	利用を希望する産後ケア種別・施設名 ※利用しない産後ケア種別は記入不要	住所	〒 倉敷市		<input type="checkbox"/> 宿泊	利用施設名		
			<input type="checkbox"/> 日帰り	利用施設名				
			<input type="checkbox"/> 訪問	利用施設名				
	利用開始日 ※利用開始日より前は利用できません	令和 年 月 日						
今回の出産	出産日	令和 年 月 日						
	出産した施設名							
	退院日(退院予定日)	令和 年 月 日					<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退院予定	
出産した子	単胎/多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(ふたご以上)		※多胎の場合は、市負担額を加算します				
	フリカナ							
	子の氏名 ※名前が決まっていなときは「未定」							
	出生時の体重			g		g		
	おやこ(母子)健康手帳番号							
市負担額の加算とその理由		<input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 申請する(申請理由をチェック) <input type="checkbox"/> 市県民税均等割以下の世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 被災から3か月以内					別途添付書類が必要な場合があります。 裏面をご確認ください。	

【市負担額増額について】

		宿泊	日帰り	訪問
		(1泊あたり)	(1日あたり)	(1回あたり)
市負担額増額なし		17,000	7,000	4,000
市負担額増額あり	市県民税均等割以下の世帯	21,500	8,750	5,000
	生活保護世帯・被災から3か月以内	26,000	10,500	6,000
多胎加算額(上記負担額に加えて)		5,500	3,500	2,000

【市負担額の加算を申請する場合の添付資料について】

1. 市県民税均等割以下の世帯

市県民税均等割以下の世帯とは、非課税世帯又は市町村民税額が均等割のみの世帯のことです。
(申請日が6月1日から翌年3月31日までの場合は申請日の属する年度の市町村民税の課税状況で判断し、申請日が4月1日から5月31日までの場合は申請日の属する年度の前年度の課税状況で判断します。)

(1) 非課税世帯

非課税世帯の場合は、課税状況を市の台帳で確認できることがあります。その場合は、追加の添付資料は不要です。

確認できない場合、夫が単身赴任で別世帯の場合又は未婚の場合は、(2)市町村民税額が均等割のみの世帯と同様の添付資料が必要になります。

(2) 市町村民税額が均等割のみの世帯

世帯全員の市町村民税課税証明書又は市町村民税所得証明書が必要になります。

※夫が単身赴任等で別世帯の場合でも婚姻関係がある場合は、夫の分も必要です。

※未婚の場合は、一人親であることが証明できる書類(戸籍謄本、独身証明書、児童扶養手当証書等)が必要です。

2. 生活保護受給中

生活保護受給証明書又は休日夜間証明書の写しが必要になります。

3. 被災から3か月以内

災害により被害を受けたことを証明する書類(り災証明書又は被災証明書)が必要になります。