

秋田市産後ケア事業利用申請書

(宛先) 秋田市長

利用者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	ふりがな 児の氏名		生年月日	年 月 日
住所	郵便番号 秋田市 電話番号 ()			
出産(予定)施設		出産(予定)年月日	年 月 日	
事業の種別および利用施設名	☐ 短期入所型 ☐ 通所型			
利用希望日	年 月 日			
	短期入所型の場合	利用希望終了日 年 月 日		
申請理由 (該当する項目に○)	1 家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないため 2 産後に心身の不調または育児不安等があるため 3 その他の理由〔 〕			
世帯構成 (利用者除く)	氏名	続柄	生年月日	備 考
世帯区分(該当する場合のみチェック)		☐ 生活保護世帯 ☐ 非課税世帯		
<同意書> 1 秋田市が委託事業者に、必要な情報を提供する場合があります。また利用の結果について秋田市に委託事業者から報告されます。 2 利用日の調整の結果、希望に添えない場合があります。また、利用可能日数を超えて利用することはできません。 上記に同意し、利用を申請します。 申請日 年 月 日 申請者氏名 _____ (代理者氏名)				
備考				

【添付書類】

- 1 市町村民税非課税世帯の場合は、同一世帯員の非課税証明書
- 2 生活保護世帯の場合は、生活保護受給証明書

申請受付年月日		利用決定日	年 月 日 ~ 年 月 日
		承認 No.	・ 不承認