様式第３号（第１０条関係）

行田市産後ケア事業利用希望申出書

年　　月　　日

行田市長

申請者氏名
住所
電話番号
☐利用者本人　　☐本人以外・続柄（　　）

行田市産後ケア事業実施要綱第１０条の規定により、行田市産後ケア事業を利用したいので、以下のとおり希望します。

<table>
<tr><td rowspan="3">利用者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td>〒　　－
行田市</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">新生児又は乳児</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>（第　　子）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>（第　　子）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>利用希望</td><td colspan="6">☐　訪問型　　☐　宿泊型（　　泊　　日）　　☐　デイサービス型</td></tr>
<tr><td>利用希望施設等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>利用希望日
（訪問型の場合は希望時間）</td><td>第一希望</td><td>月　　日
：　～　：</td><td>第二希望</td><td>月　　日
：　～　：</td><td>第三希望</td><td>月　　日
：　～　：</td></tr>
<tr><td>事業利用回数</td><td colspan="6">これまでの利用日（回）数　　通算　　日（回）
今回利用日（回）数　　通算　　日（回）目　～　　日（回）目</td></tr>
<tr><td>希望するケア</td><td colspan="6">☐ 助産師等による健康相談　☐ 心身の休養　☐ 授乳や乳房に関する相談
☐ 沐浴指導　☐ 育児相談　☐ 産後の生活に関する相談
☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

行田市産後ケア事業の利用に際して、次の事項に同意します。

1　産後ケア事業利用時に、自己負担額及び実費負担額を委託医療機関等に対し直接支払うこと。

2　産後ケア事業の利用決定後にキャンセルを行う場合は、指定の期日までに必ず市及び委託医療機関等に連絡すること。指定の期日を過ぎての連絡及び連絡せずに事業を利用しなかった場合は、指定のキャンセル料を委託医療機関等に支払うこと。

年　　月　　日　　申請者氏名（自署）

市記入欄

<table>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>登録申請</td><td>年　　月　　日</td><td>これまでの事業利用回数</td><td>１　２　３　４　５　６　７</td></tr>
<tr><td>世帯区分</td><td colspan="5">☐ 課税世帯　☐ 非課税世帯　☐ 生活保護受給世帯</td></tr>
</table>