

（宛先）旭川市長

旭川市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、旭川市産後ケア事業の利用を申請します。

（ふりがな） 利用者氏名		生年月日	年 月 日
（ふりがな） 子の氏名		生年月日	年 月 日
連絡先	（住所）〒		
	（TEL）		
出産医療機関		退院日	
申請理由 （該当するもの 全てに印を付けて ください。）	<input type="checkbox"/> 休養のため <input type="checkbox"/> 乳房ケアを受けたいため <input type="checkbox"/> 育児（授乳、沐浴、抱っこ等）について知りたいため <input type="checkbox"/> 子どもの発育・発達について知りたいため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利用期限	子の1歳の誕生日の前日まで	利用可能日数	7日以内

個人情報の提供等に関する同意書

本事業の利用に当たり、旭川市おやこ応援課（以下「旭川市」という。）が事業の実施や利用者の支援のために、出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、旭川市が受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が旭川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者氏名（自署）

自己負担額 ※多胎児の場合 は括弧内の額		宿泊型（1泊）	日帰り型（1日）	訪問型（1回）
	一般世帯		3,000円 (3,300円)	1,000円 (1,100円)
市町村民税非課税世帯・生活保護世帯		0円	0円	0円
利用できる日数	1回の出産につき、通算して7日以内			

※利用時は必ず母子健康手帳を利用事業者に提出してください。また、その他の持ち物、利用時間等の詳細につきましては、利用事業者にご確認ください。

※宿泊型及び日帰り型の場合は、自己負担額のほかに、**食費が別にかかります**。また、別途負担金が発生する場合がありますので、利用事業者にお問合せください。

※自己負担額及び食費等につきましては、利用事業者にご確認ください。

※宿泊型は「1泊2日」は2日、「2泊3日」は3日と数えますので、ご注意ください。

※日程の変更（中止）を希望する場合、利用開始日の前日10時までに利用事業者にご連絡をお願いします。前日10時までに御連絡がない場合はキャンセル料がかかります。

※市町村民税非課税世帯、生活保護世帯でご利用の方は事前に、申請書及び市町村民税課税証明書、生活保護手帳(写)など、書類の提出が必要です。