

## 伊勢原市産後ケア事業利用券交付申請書

伊勢原市長 殿

申請者 住所

氏名

電話番号

（利用者との関係： ）

次のとおり、伊勢原市産後ケア事業利用券の交付を申し込みます。

妊産婦氏名		生年月日	年	月	日
子どもの氏名		生年月日	年	月	日
子どもの氏名		出産予定日 (妊婦の場合)	年	月	日
出産医療機関					
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( ) -				
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 伊勢原市				
【同意欄】	申込みにあたり、以下の事項に同意します。 (次の全てにチェックをお願いします。)				
	<input type="checkbox"/> 市が利用者の住民基本台帳による世帯状況及び、利用者の属する世帯の課税状況を確認すること。				
	<input type="checkbox"/> 利用者に持病がある場合は主治医の許可を得ていること、また、母子のいずれかが感染症の疑いがある場合は利用できないこと。				
	<input type="checkbox"/> 医療行為はできないこと。				
	<input type="checkbox"/> 利用希望日に当該施設に空きベッドがない等で、産後ケア事業を利用できない場合があること。				
	<input type="checkbox"/> 当該施設に利用者負担額または規定のキャンセル料等を支払うこと。				
	<input type="checkbox"/> より良い支援のため、本申請書の内容や利用者の健康状態等について、当該施設と市が情報共有すること。				