

様式第1号（第7条関係）

山陽小野田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

山陽小野田市長 あて

山陽小野田市産後ケア事業を下記のとおり申請します

記

申請者住所	山陽小野田市	
申請者（母）	(ふりがな) 氏 名	()
	生年月日	年 月 日
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () — —
申請者（子）	(ふりがな) 氏 名	() (男・女)
	出産(予定)日	年 月 日
希望する事業	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問型	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯又は生活保護世帯	
利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日	
希望する医療機関等		
申請理由	<input type="checkbox"/> 心身の不調がある <input type="checkbox"/> 育児に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()	
配慮してほしいこと		

※この申請書を提出する際は、母子健康手帳を御持参ください。

※ 市民税非課税または生活保護世帯の方は世帯全員の住民税の課税状況を証する書類又はその写しを提出してください。

申請書の内容について、利用医療機関等に情報提供することに同意します。