様式第１号（第７条関係）　　（利用者→市）

年　　月　　日

（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。）	□休養のため □乳房ケアを受けたいため □育児（授乳、沐浴、抱っこ等）について知りたいため □子どもの発育・発達について知りたいため □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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

		宿泊型（１泊）	日帰り型（１日）	訪問型（１回）
自己負担額 ※多胎児の場合は括弧内の額	一般世帯	３，０００円 （３，３００円）	１，０００円 （１，１００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，利用事業者に御確認ください。

※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、利用事業者のお問合せください。

※自己負担額及び食費等につきましては、利用事業者に直接お支払ください。

※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御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。