

# 厚木市産後ケア事業利用（新規・再交付）申請書

令和 年 月 日

(宛先) 厚木市長

申請者 氏 名

住 所

電話番号

(利用者との関係: )

次のとおり厚木市産後ケア事業の利用を申請します。

母子健康手帳番号				
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	厚木市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ( ) —		
子 (利用されるお子さんをご記入ください。)	フリガナ			
	氏名	(第 子)		
	フリガナ			
	氏名	(第 子)		
子の生年月日		年 月 日		
出産予定日		年 月 日		
緊急連絡先	フリガナ		利用者との関係	
	氏 名			
	電話番号	( ) —		
出産（予定）施設名				

裏面の記入もお願いいたします。

同意書	<p>私は、申請に関し次の事項に同意します。</p> <p style="text-align: center;">署名 _____ (利用者又は申請者自署)</p> <p>(1) この申請に必要な事項を厚木市が保管する公簿等（対象者及び必要な同一世帯に属する者の課税状況等を確認することを含む）により確認すること</p> <p>(2) この申請書の内容を産後ケア事業を実施する施設に提供すること、及び利用者の健康状態等について利用施設と厚木市との間において相互に情報提供すること</p> <p>(3) 医療行為が必要になる等対象者要件に非該当となった場合は、産後ケア事業を利用できないこと</p> <p>(4) 利用希望日に当該施設に空きベッドがない等の場合、産後ケア事業を利用できない場合があること</p> <p>(5) 利用時に利用者負担額等又は既定のキャンセル料を当該施設に支払うこと</p> <p>(6) 母子保健サービス提供のため、利用時の状況等に関する情報を厚木市が利用すること</p>
-----	--

委任状  <small>（申請者と利用者が異なる方はご記入ください。）</small>	<p>私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。</p> <p>委任者 <u>住所 厚木市</u></p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
---	--

**【事務処理欄】**

<input type="checkbox"/> 厚木市産後ケア事業利用券綴り			<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 再発行		
デイサービス (通所) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
ショートステイ (宿泊) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
アウトリーチ (訪問) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
使用できません印 <input type="checkbox"/> 済					発行者 ( _____ )		

記入例

厚木市産後ケア事業（新規・再交付）利用申請

提出日

令和7年4月1日

(宛先) 厚木市長

申請者 氏名 厚木 花子

住所 厚木市中町1-4-1

電話番号 090-1234-5678

(利用者との関係: 本人)

次のとおり

記入者と同じ場合は、フリガナのみ記入

母子健康手帳番	24-0001		
利用者	フリガナ	アツギ ハナコ	生年月日 H5年4月1日 (32歳)
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	厚木市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ( ) -	
子 (利用される お子さんをご 記入くださ い。)	フリガナ	アツギ タロウ	
	氏名	厚木 太郎	(第 1 子)
	フリガナ	(第 子)	
子の生年月日	R7 年 3 月 1 日		
出産予定日	年 月 日		
緊急連絡先	フリガナ	アツギ イチロウ	利用者 との関係 夫
	氏名	厚木 一郎	
	電話番号	( 090 ) 8765 - 4321	
出産 (予定) 施設名	厚木市立病院		

必ず記入してください。  
同居の方でなくても大丈夫です。

裏面の記入もお願いいたします。

<p>同意書</p>	<p>私は、申請に関し次の事項に同意します。</p> <p>署名 <u>厚木 花子</u> (利用者又は申請者自署)</p> <p>(1) この申請に必要な事項を厚木市が保管する公簿等（対象者及び必要な同一世帯に属する者の課税状況等を確認することを含む）により確認すること</p> <p>(2) この申請書の内容を産後ケア事業を実施する施設に提供すること、及び利用者の健康状態等について利用施設と厚木市との間において相互に情報提供すること</p> <p>(3) 医療行為が必要になる等対象者要件に非該当となった場合は、産後ケア事業を利用できないこと</p> <p>(4) 利用希望日に当該施設に空きベッドがない等の場合、産後ケア</p> <p>こと</p> <p>のキャンセル料を当該施設に</p> <p>利用時の状況等に関する情報を</p> <p>厚木市が利用すること</p>
------------	---

**申請者と利用者が同じ場合は、無記入で結構です。**

**申請者と利用者が異なる場合は、必ず利用者本人が記入してください。**

<p>委任状</p> <p>(申請者と利用者が異なる方はご記入ください。)</p>	<p>私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。</p> <p>委任者 <u>住所 厚木市</u></p> <p>氏名 _____</p>
---	---

**【事務処理欄】**

<input type="checkbox"/> 厚木市産後ケア事業利用券綴り		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 再発行			
デイサービス (通所) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
ショートステイ (宿泊) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
アウトリーチ (訪問) 型	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
使用できません印 済 <input type="checkbox"/>					発行者 ( )		