

第1号様式（第7条関係）

妊産婦ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市妊産婦ケア事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、次のとおり妊産婦ケア事業の利用を申請します。

| | | | | | |
|------------------|--|-----------------|------------------------------|---------------|-----|
| 申請者 (利用者) | ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 住所等 | 春日井市 | | | |
| | 電話 | (通常) | 母と子のしおり NO. | | |
| | | (緊急) | (宛) | () | |
| 出産日 | 年 月 日 | 出産予定日 (妊娠週数) | 年 月 日 (妊娠 週) | | |
| 世帯構成 (申請者は除く) | 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年月日 | 職業等 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 世帯の区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給の世帯 | | 左記の内容について情報を閲覧することに同意します。(※) | | |
| | <input type="checkbox"/> 世帯員全員が市民税非課税の世帯 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯 | | 署名 _____ | | |
| 備考 | <input type="checkbox"/> 決定通知渡し済み | | | | |

※利用に際し手数料の徴収に必要な要件の確認などをするため、次の事項について閲覧します。なお、情報の取扱いには十分注意し、個人情報の保護は厳守します。

- (1) 住民基本台帳（本市内に住所を有することを確認します）
- (2) 市民税課税台帳（所得状況を確認します）
- (3) 生活保護法に係る保護費支給の有無

第2号様式（第8条関係）

妊産婦ケア事業利用決定通知書

年 月 日

様

春日井市長

年 月 日付けで申請された春日井市妊産婦ケア事業利用につきまして、春日井市妊産婦ケア事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり利用者として決定したので通知します。

| | |
|------|---|
| 利用番号 | |
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 利用期間 | |
| 料金 | 円 |
| 備考 | |

第3号様式（第8条関係）

妊産婦ケア事業利用却下通知書

年 月 日

様

春日井市長

年 月 日付けで申請された春日井市妊産婦ケア事業利用については、春日井市妊産婦ケア事業実施要綱第8条の規定に基づき、次の理由で却下します。

理 由

第4号様式（第10条関係）

妊産婦ケア事業利用解除通知書

年 月 日

様

春日井市長

年 月 日付けで決定された春日井市妊産婦ケア事業利用については、春日井市妊産婦ケア事業実施要綱第10条の規定に基づき、次の理由で解除します。

理 由