

第1号様式（第7条関係）

春日井市産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

春日井市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり利用登録を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	住 所	春日井市 電話			
	緊急連絡先	氏名	申請者との続柄		
		住所	電話		
	(ふりがな) 乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)	
	(ふりがな) 乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)	
	出産(予定)施設	在胎週数	週	出生体重	g
母子以外の世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日 年 月 日	職業
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
利用申請理由	<input type="checkbox"/> 母親の体調に不安がある。				
	<input type="checkbox"/> 育児について不安がある。				
	<input type="checkbox"/> 家事や育児などを手伝ってくれる人がいない。				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又は市民税非課税世帯				
<p>①春日井市産後ケア事業利用登録申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から春日井市に情報提供することに同意します。</p> <p>②利用料に係る世帯区分を確認するために、春日井市が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名 (自署)</p>					

様

春日井市長

印

春日井市産後ケア事業利用登録承認通知書

年 月 日付けで申請のありました春日井市産後ケア事業の利用登録について、次のとおり承認しましたので通知します。

申請者 (利用登録者)	氏 名(母)	
	氏 名(児)	
	住 所	
利用番号		
利用期間		出産後 から 年 月 日 まで
希望利用サービス		ショートステイ・デイサービス・アウトリーチ
利用可能日数等		合わせて7日まで (アウトリーチは1日1回まで)

※1 妊娠中に申請の場合、利用期間は出産予定日から算出した暫定的な期間です。利用期限は出産後1年を迎える日の前日までです。

※2 ショートステイの日数の数え方は、1泊2日を2日、2泊3日を3日とします。

利用者世帯区分		
利 用 料	ショートステイ	1日当たり 円
	デイサービス	1日当たり 円
	アウトリーチ	1日当たり 円

第 年 月 日
号

様

春日井市長

春日井市産後ケア事業利用登録不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました春日井市産後ケア事業の利用登録について、
次の理由により不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由 _____

第4号様式（第9条関係）

春日井市産後ケア事業利用登録変更申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者

住 所 春日井市

氏 名

電話番号

年 月 日付けで承認を受けました春日井市産後ケア事業の利用登録について、次のとおり変更を申請します。

利用番号

	変更前	変更後
届出内容		
変更理由		

様

春日井市長

印

春日井市産後ケア事業利用登録変更承認通知書

年 月 日付けで変更の申請のありました春日井市産後ケア事業について、次のとおり承認しましたので通知します。

申請者 (利用登録者)	氏 名(母)	
	氏 名(児)	
	住 所	
利用番号		
利用期間		出産後 から 年 月 日 まで
希望利用サービス		ショートステイ・デイサービス・アウトリーチ
利用可能日数等		合わせて7日まで (アウトリーチは1日1回まで)

※1 妊娠中に申請の場合、利用期間は出産予定日から算出した暫定的な期間です。利用期限は出産後1年を迎える日の前日までです。

※2 ショートステイの日数の数え方は、1泊2日を2日、2泊3日を3日とします。

利用者世帯区分		
利 用 料	ショートステイ	1日当たり 円
	デイサービス	1日当たり 円
	アウトリーチ	1日当たり 円

第6号様式（第10条関係）

春日井市産後ケア事業利用登録承認通知書再交付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者

住 所 春日井市

氏 名

電話番号

次のとおり春日井市産後ケア事業利用登録通知書の再交付を申請します。

（ふりがな） 利用登録者氏名	（ ）
生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 春日井市
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ （ ） —
利用番号 （不明の場合記載不要）	
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損又は破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）