

## 秋田市産後ケア事業利用申請書

(宛先) 秋田市長

利用者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	ふりがな 児の氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 秋田市  電話番号 ( ) (父・母)			
出産(予定)施設		出産(予定)年月日	年 月 日	
事業の種別および利用希望日	<input type="checkbox"/> 短期入所型 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 通所型 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
利用施設名				
申請理由 (該当する項目に○)	1 家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないため 2 産後に心身の不調または育児不安等があるため 3 その他の理由 [ ]			
世帯構成 (利用者除く)	氏名	続柄	生年月日	備 考
世帯区分(該当する場合のみチェック)		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯		
<同意書> 1 秋田市が委託事業者にて、必要な情報を提供する場合があります。また利用の結果について秋田市に委託事業者から報告されます。 2 利用日の調整の結果、希望に添えない場合があります。また、利用可能日数を超えて利用することはできません。 上記に同意し、利用を申請します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>年 月 日</span> <span>申請者氏名 _____ (代理者氏名)</span> </div>				

**【添付書類】**

- 1 市町村民税非課税世帯の場合は、同一世帯員の非課税証明書
- 2 生活保護世帯の場合は、生活保護受給証明書

申請受付年月日		利用決定日	年 月 日 ~ 年 月 日
			承認 No.      • 不承認