

様
広島市長
(区地域支えあい課)

広島市産後ケア事業（宿泊型・通所型）受入依頼書

広島市産後ケア事業の実施について、次のとおり依頼します。

利用者	住所	〒 ー 広島市 区					
	氏名				電話番号		
	緊急 連絡先	氏名	(利用者との関係)			電話番号	
		住所					
	乳児の氏名				生年月日		
	乳児の氏名				生年月日		
	乳児の氏名				生年月日		
添付資料		広島市産後ケア事業（宿泊型・通所型）利用申請書兼情報提供同意書（第1号様式）					
利用サービス		利 用 日			利用開始時刻	利用終了時刻	
<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日～ 月 日			:	:		
	令和 年 月 日～ 月 日			:	:		
	令和 年 月 日～ 月 日			:	:		
<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
	令和 年 月 日			:	:		
連絡事項等		特定妊婦に該当する場合チェック → <input type="checkbox"/>					

利用者 自己負担額 ※1日当たり	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 世帯区分1： 5, 568円/日 <input type="checkbox"/> 世帯区分2： 0円/日
	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 世帯区分1： 3, 409円/日 <input type="checkbox"/> 世帯区分2： 0円/日

※ 上記の利用者自己負担額については、利用者から直接支払を受けてください。

※ 利用日の変更（中止）について、該当利用日の前々日の午後5時までに利用者から連絡がなかった場合は、サービスを利用していない場合でも、次に定める額について直接支払を受けてください。

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額		
利用日の前々日の午後5時までに利用変更・中止の 連絡があった場合	宿泊型	0円
	通所型	0円
利用日の前々日の午後5時までに連絡がなく、利用 変更・中止した場合	宿泊型	5, 568円
	通所型	3, 409円

<お問合せ先>

〇〇区地域支えあい課（こども家庭センター）

電話 082- -

FAX 082- -