

広島市妊娠・出産包括支援事業利用申請書兼情報提供同意書

令和 年 月 日

(宛先) 広島市長

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------------|--|--|--|------|----|
| 利用者の情報 | フリガナ | <input type="text"/> | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 | | |
| | 氏 名 | <input type="text"/> | | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | | |
| | 住 所 ※マンション等の名称も記入 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (訪問者用駐車場 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 広島市 区 | | | | |
| | 連 絡 先 ※ハイフン(ー)は記入しない | 自宅電話 | <input type="text"/> | 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 |
| | | 携帯電話 | <input type="text"/> | | 携帯電話 | |
| | 出産(予定)日 | 令 和 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 出産(予定)医療機関名 | | |
| | 退院(予定)日 | 令 和 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | |
| お子さん ※産後の方のみ | フリガナ | <input type="text"/> | 出生体重 | グラム | | |
| | 子の氏名 | <input type="text"/> | 出生順位 | 第 | 子 | |

| | | | | |
|-------|----------------------|----------------------|----------|------------|
| 同居の家族 | 同居家族の氏名 | 利用者との続柄 | 申請日現在の年齢 | 勤務先・就学先の名称 |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 歳 | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 歳 | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 歳 | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 歳 | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 歳 | |

| | |
|-----------------------|---|
| 現在の世帯に該当するものに☑してください。 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 児童手当受給世帯 <input type="checkbox"/> その他 () |
|-----------------------|---|

| | |
|-------------------------------|---|
| 申請する事業 利用を希望されるものに☑してください。 | <input type="checkbox"/> 産前・産後サポート (助産師が自宅を訪問して、母体の健康・乳房の管理、授乳や沐浴の指導等を行います。) <input type="checkbox"/> 産後ケア(宿泊) (医療機関や助産院に宿泊し、母体の健康・乳房の管理、沐浴の指導等を行います。) <input type="checkbox"/> 産後ケア(通所) (医療機関や助産院に通所し、母体の健康・乳房の管理、沐浴の指導等を行います。) <input type="checkbox"/> 産後ヘルパー派遣 (ヘルパーが自宅を訪問して、家事や育児のお手伝いを行います。) |
| 申請理由 該当するものに☑してください。 | <input type="checkbox"/> 体調がよくない。 <input type="checkbox"/> 育児に不安がある。 <input type="checkbox"/> 近くに相談する人がいない。 <input type="checkbox"/> 産後の家事・育児を手伝ってくれる人がいない。 <input type="checkbox"/> かかりつけの産婦人科から勧められた。 <input type="checkbox"/> 多胎児を妊娠又は出産をした。 <input type="checkbox"/> その他 () |

◆ 私は、次の事項を同意の上、広島市妊娠・出産包括支援事業の利用を申請します。
なお、以下の確認事項については、該当者に確認済みであることに相違ありません。

同意及び確認いただいた各事項について☑してください。

| | |
|------|--|
| 同意事項 | <input type="checkbox"/> 当申請書に記載された情報を、広島市妊娠・出産包括支援事業の委託事業者に情報提供すること。 <input type="checkbox"/> 利用決定に当たり、広島市が利用者が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認すること。 <input type="checkbox"/> 自己負担額の決定に当たり、広島市が利用者及び利用者の配偶者の市民税等課税状況を市民税課税資料等で調査・確認すること。 <input type="checkbox"/> 利用者が属する世帯の生活保護受給の有無を調査・確認されること。 |
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 上記同意事項の調査・確認内容については、利用者本人又は利用者の配偶者及び利用者が属する世帯員から承諾を得ていること。 |

申請者氏名

【具体的な利用希望内容を裏面にご記入ください】

広島市妊娠・出産包括支援事業利用申請期間等

利用を希望されるサービスについて、利用を希望される期間及び事業所を、以下にご記入ください。

◆ 産前・産後サポート

出産予定日の8週(56日)前から赤ちゃんの1歳の誕生日の前日まで計4回まで利用できます。
(多胎児の妊娠・出産をした方は、計8回まで利用できます。)

| | |
|------------------|---|
| 利用申請期間 注) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで |
| こども家庭センター 記入欄 | |

注) 出産前に申請される場合は、予定日を基準にして希望期間を記載してください。

◆ 産後ケア(宿泊)

出産後6か月(生後180日目)までの期間に計7日まで利用できます。(1泊2日の場合は2日とカウントします。)
(多胎児の妊娠・出産をした方は、計14日まで利用できます。)

| | |
|------------------|---|
| 利用申請期間 注1) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで |
| 利用希望事業所 注2) | 第1希望 第2希望 第3希望 |
| こども家庭センター 記入欄 | |

注1) 出産前に申請される場合は、予定日を基準にして希望期間を記載してください。

注2) 利用を希望される事業所(産科医療機関、助産所)の利用状況によって、ご希望の事業所、日にちに利用できない場合があります。

◆ 産後ケア(通所)

出産後から産後1年未満の期間に計7回まで利用できます。
(多胎児の妊娠・出産をした方は、計14回まで利用できます。)

| | |
|------------------|---|
| 利用申請期間 注1) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで |
| 利用希望事業所 注2) | 第1希望 第2希望 第3希望 |
| こども家庭センター 記入欄 | |

注1) 出産前に申請される場合は、予定日を基準にして希望期間を記載してください。

注2) 利用を希望される事業所(産科医療機関、助産所)の利用状況によって、ご希望の事業所、日にちに利用できない場合があります。

◆ 産後ヘルパー派遣

赤ちゃんの1歳の誕生日の前日まで計10回まで利用できます。(1日につき2回まで利用できます。)
(多胎児の出産をした方は、計20回まで利用できます。)

| | |
|----------------------------|---|
| 利用申請期間 注1) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで |
| 利用希望事業所 | <input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり (<input type="text"/>) (複数可) |
| その他希望 (予定があれば記入してください。) | 曜 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 時 間 帯 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>) |
| こども家庭センター 記入欄 | |

注1) 出産前に申請される場合は、予定日を基準にして希望期間を記載してください。

注2) 利用を希望される事業所の利用状況によって、ご希望の日に利用できない場合があります。

注3) 利用料の他、派遣されたヘルパーの駐車料金や依頼された用務で生じるヘルパーの交通費等が別途生じる場合があります。

【申請に必要な書類】

ただし、広島市において市民税課税台帳等により確認することができる場合は、以下の書類の提出を省略することができます。

- 生活保護世帯の場合
被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
- 市民税非課税世帯の場合
市民税・県民税課税台帳記載事項証明書
・ 子どもの父母の証明書が必要です。
・ 1月1日時点で住民票があった自治体で入手してください。
4月から6月に申請する場合は前年度分、7月から3月に申請する場合は当年度分を提出してください。
- 上記1・2以外の場合
市民税・県民税課税台帳記載事項証明書
・ 子どもの父母の証明が必要です。ただし、父母のいずれかが配偶者控除又は配偶者特別控除の対象者となっている場合は、その対象者の証明書は不要です。
・ 1月1日時点で住民票があった自治体で入手してください。
4月から6月に申請する場合は前年度分、7月から3月に申請する場合は当年度分を提出してください。
・ 所得、控除額、扶養親族等の人数の記載があるものが必要です。