

南あわじ市産後ケア事業の利用について、次のとおり承認することに決定する。

南あわじ市長

発行番号		発行日	年 月 日
利用者	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____ 電話 _____ ※里帰り先住所:	
	出産医療機関	時期	年 月 日 (在胎 週)

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 事業所の予約を市に依頼	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請	利用上限 日間 利用期間:産後1年以内	※利用券受領後、自ら要予約 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 事業所の予約を市に依頼	月 日 月 日	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請	利用上限 日 利用期間:産後1年以内	※利用券受領後、自ら要予約 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 事業所の予約を市に依頼	月 日 月 日	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請	利用上限 回 利用期間:産後1年以内	※利用券受領後、自ら要予約 年 月 日まで
依頼内容	<input type="checkbox"/> 体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

	宿泊型(1日当たり)	通所型(1時間当たり)	訪問型(1時間当たり)
自己負担額	1日当たりの負担額	1時間当たりの負担額	1時間当たりの負担額
	計 _____ 円	計 _____ 円	計 _____ 円
※利用変更又は利用中止がある場合は、速やかに事業所に連絡してください。 ※利用変更・中止された場合のキャンセル料(自己負担)が発生する場合があります。事業所から請求されますので直接お支払いください。 ※自己負担額は、利用当日に事業所へ直接お支払いください。なお、兵庫県の産後ケア事業協力事業所以外を利用される場合は、一旦全額自己負担となります。			
区分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)		

- 産後ケア事業の利用券に関する留意事項は、裏面に記載しています。必ず確認ください。
- アンケートは利用ごとに回答をお願いします。



利用後アンケート

