



産後ケア事業利用依頼書

次の者に対し、南あわじ市産後ケア事業の利用を承認しましたので、利用を依頼します。

発行番号		発行日	年 月 日
利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話		
利用者の状況	別添「産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書」の写しのとおり □ 様式1号-1 □ 様式1号-2		
利用日	別添「産後ケア事業利用券」の写しのとおり □ 様式2号-1 □ 様式2号-2		
区分	□ 市民税非課税世帯 □ その他(課税世帯)		

	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)
契約額 (定額)	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日当たりの契約額(①②③) 計 円	1時間当たりの契約額(①②③) 計 円	1時間当たりの契約額(①②③) 計 円
自己負担額	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	1日当たりの負担額(①②) 計 円	1時間当たりの負担額(①②) 計 円	1時間当たりの負担額(①②) 計 円
委託料	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日当たりの委託料(①②③) 計 円	1時間当たりの委託料(①②③) 計 円	1時間当たりの委託料(①②③) 計 円

【調査結果】 別添産後ケア事業申請書兼同意書の裏面のアンケートを参照

事業所への連絡事項

□ 要支援加算該当者 ⇒(添付) { □ 妊娠・出産期のリスクアセスメント
□ 乳幼児期のリスクアセスメント
□ その他()

担当者名		電話番号	