

新宿区産後ケア事業利用登録申請書

新宿区長 あて

年 月 日

<同意事項>

1. 利用者負担額決定のため、区が所得状況、生活保護受給情報、中国残留邦人等支援法の支援給付受給情報及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査すること。住民税非課税世帯、生活保護受給世帯の申告がない場合、または転入者等で非課税を証明するものの提示がない場合は、利用者負担額が上限になること。
2. 区と委託契約を締結する医療機関等（以下「受託事業者」という。）に対して個人情報を必要な範囲で提供すること。
3. 利用日の調整は、申請者と受託事業者が直接行うこと。また、調整によっては希望に添えない場合もあること。
4. 自己負担額は受託事業者に対して支払うこと。
5. 利用開始日の前日午前10時までに連絡がなく本事業を利用しなかったときには、産後ケア事業を利用したものとみなし、乳児一人に対して利用することができる期間を減ずること。
6. 母子保健サービスの提供のために本事業の利用時の状況について区関係部署に情報提供すること。
7. 入院加療が必要になった場合、及び感染症の疑いがある場合は本事業を利用できないこと。
8. 申請書の内容に変更が生じたときは、速やかに区に申し出ること。

私は、上記内容に同意したうえで、新宿区産後ケア事業の利用登録を申請します。

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	※昼間連絡が取れる電話番号をご記入ください。	出産(予定) 日	年 月 日 (妊娠 週) <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ()
住所	〒 -		
出産(予定) 医療機関	(名称) (住所)		

利用者負担額 区分 <small>※住民税非課税世帯は減額、生活保護受給世帯は免除します。</small>	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯（下のどちらにも該当しない） <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯
---	--

区処理欄（以下は記入しないでください）

自己負担区分判定	自己負担区分確認方法	保健センター受付印
<input type="checkbox"/> 区分1 (住民税課税世帯)	区処理欄	保健センター受付印
<input type="checkbox"/> 区分2 (住民税非課税世帯)	<input type="checkbox"/> 端末による確認 <input type="checkbox"/> 市区町村民税（非）課税証明書	
<input type="checkbox"/> 区分3 (生活保護受給世帯)	<input type="checkbox"/> 端末による確認 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書/中国残留邦人等支援給付受給世帯の証明書	
申請方法	<input type="checkbox"/> 電子（ <input type="checkbox"/> アンケート同時 <input type="checkbox"/> 単独） <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
面接者		
母子保健	保健師活動	

利用者番号		事務処理欄	
-------	--	-------	--