

第1号様式（第5条関係）

瀬戸市産後ケア事業助成金補助対象認定申請書  
 （里帰り等により委託外の産後ケア施設で利用）

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

瀬戸市里帰り先等における産後ケア事業利用助成要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
申請者 (産婦本人) 氏名			
ふりがな		生年月日 (出産予定日)	年 月 日 ( か月) 第 子
子氏名			
住民票 住所地	〒 愛知県瀬戸市		
居所 (里帰り先等の住所)	〒		
	居所の世帯主 氏名	続柄	年齢
	電話番号 (緊急連絡先)		
書類郵送先 住所 (〇をつけてください)	住民票住所地 ・ 居住地 (里帰り先の住所等) その他の住所 ( )		
産婦の既往歴			
出産施設			
分娩様式			
在胎週数	週 日	出生体重	g
寝返りの有無			
宿泊ケア 利用希望日	年 月 日 ~	年 月 日	( 泊 日)
	年 月 日 ~	年 月 日	( 泊 日)
	年 月 日 ~	年 月 日	( 泊 日)
	年 月 日 ~	年 月 日	( 泊 日)
	年 月 日 ~	年 月 日	( 泊 日)
利用希望施設	住所 施設名		
申請理由			
委託事業者以外を 利用する理由			
世帯の課税状況等	1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	3 その他の世帯