

様式第 1 （第 4 条関係）

年 月 日

岩倉市産後ケア助成対象認定申請書

岩倉市長 様

岩倉市産後ケア助成金の交付を受けたいので、岩倉市産後ケア利用費助成事業実施要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します

|                                 |                                                                                    |           |            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| (フリガナ)<br>申請者氏名                 | ( )                                                                                | 生年<br>月 日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 住所・連絡先                          | 〒 電話番号                                                                             |           |            |
| 滞在先住所<br>連絡先                    | 〒 電話番号                                                                             |           |            |
| 緊急連絡先                           | 氏名                                                                                 | 利用者との続柄   |            |
|                                 | 住所 電話                                                                              |           |            |
| 出産 (予定) 医療機関                    |                                                                                    | 出産 (予定) 日 | 年 月 日      |
| 利用する児の<br>氏名<br>※ 出生前の場合は記入不要です | ( )                                                                                | 在胎週数： 週 日 | 出生体重： g    |
|                                 | ( )                                                                                | 在胎週数： 週 日 | 出生体重： g    |
| 申請理由                            | 1 産褥期の身体的回復について不安がある<br>2 育児について不安がある<br>3 産後の経過に応じた休養や栄養等日常生活面に不安がある<br>4 その他 ( ) |           |            |
| 希望する期間                          | 年 月 日～ 年 月 日                                                                       |           |            |
| 希望する<br>サービス内容                  | 1 産後の母体管理及び生活面について 2 乳房ケア<br>3 授乳、沐浴等の育児方法<br>4 その他 ( )                            |           |            |
| 希望サービス                          | 1 宿泊型 (施設名： )<br>2 通所型 (施設名： )<br>3 訪問型                                            |           |            |
| 産後心配していること                      | アレルギー： 無 ・ 有 ( )                                                                   |           |            |

|      |    |      |    |      |    |
|------|----|------|----|------|----|
| 世帯構成 | 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年月日 | 職業 |
|      |    |      |    |      |    |
|      |    |      |    |      |    |
|      |    |      |    |      |    |
|      |    |      |    |      |    |
|      |    |      |    |      |    |

① 岩倉市産後ケア事業利用申請及びサービス利用に必要な情報を医療機関等に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、医療機関等から岩倉市に情報提供することに同意します。

② 利用者に係る階層区分を確認するために、岩倉市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び納税情報（世帯の情報を含む）を調査又は閲覧することに同意します。

年            月            日

岩倉市長

申請者氏名

※この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

様式第2（第4条関係）

第 年 月 日 号

岩倉市産後ケア助成対象認定通知書

様

岩倉市長

年 月 日に申請のあったことについては、認定することに決定しましたので通知します。

様式第3（第4条関係）

第 号  
年 月 日

岩倉市産後ケア助成対象認定不承認通知書

様

岩倉市長

年 月 日に申請のあったことについては、下記のとおり不承認とすることに決定しましたので通知します。

記

不承認の理由：

様式第 4 （第 4 条関係）

年 月 日

岩倉市産後ケア実施報告書

岩倉市長 様

住 所  
事業者名  
担当者名

次のとおり産後ケア事業を実施したので報告します。

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者氏名                                    | 産婦：<br>（ 年 月 日生）<br>乳児：<br>（ 年 月 日生）                                                                                                                                                                                                     |
| 利用期間                                     | 年 月 日 ： ～ ：<br>月 日 ： ～ ：<br>月 日 ： ～ ：<br>（ 日間）                                                                                                                                                                                           |
| 保健指導の内容<br>（該当する箇所に<br>レ点を記入してく<br>ださい。） | <input type="checkbox"/> 産婦の保健指導及び栄養指導<br><input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア<br><input type="checkbox"/> 適切な授乳のためのケア（乳房ケアを含む）<br><input type="checkbox"/> 育児に必要な手技についての具体的な指導及び相談<br><input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導（具体的な内容）<br>（ ） |
| 助言内容等                                    |                                                                                                                                                                                                                                          |
| 利用時の母子の<br>状況                            | <input type="checkbox"/> 継続支援 要 → <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 育児不安<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 継続支援 不要                                        |
| 上記内容に相違ないことを証明いたします。<br><br>年 月 日 利用者署名  |                                                                                                                                                                                                                                          |

様式第5（第5条関係）

岩倉市産後ケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号

岩倉市産後ケア助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請金額 金 円

内容を確認の上、☐にチェックしてください。

☐岩倉市が必要に応じ、申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

2 振込口座 下記口座にお振り込みください。

|               |                     |  |  |  |  |  |  |
|---------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|
| 助成金請求額        | 金 円                 |  |  |  |  |  |  |
| (振込先)<br>金融機関 | 銀行<br>信用金庫 支店<br>農協 |  |  |  |  |  |  |
| 種 別           | 普通 当座               |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号          |                     |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)        |                     |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人         |                     |  |  |  |  |  |  |

(備考) 申請者は利用者本人です。口座名義人と申請者氏名を同一としてください。

3 添付書類

☐医療機関等の領収書（原本）※原本の返却が必要な場合は写しをご用意ください。

☐診療明細書（産後ケアの利用と分かるものの原本か写し）

☐振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し（口座番号確認用）

☐母子健康手帳の産後ケアの記録欄の写し

様式第6（第6条関係）

第 年 月 日 号

岩倉市産後ケア助成金交付決定通知書

様

岩倉市長

年 月 日で申請のありました産後ケア助成金について、下記  
のとおり交付決定しましたので通知します。

記

1 助成対象者名

2 請求金額 金 円

様式第7（第6条関係）

第 号  
年 月 日

岩倉市産後ケア助成金交付不承認通知書

年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付けで申請のありました産後ケア助成金について、  
下記の理由により不承認とすることに決定しましたので通知します。

記

- 1 助成対象者名
- 2 不承認の理由



様式第 8（第 7 条関係）

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市産後ケア助成金取消通知書

年 月 日付け第 号で交付決定を通知しました岩倉市産後  
ケア助成金については、岩倉市産後ケア利用費助成事業実施要綱第 7 条第 2 項  
の規定に基づき、下記のとおり交付決定を取り消すこととしましたので通知し  
ます。

記

- 1 交付決定取消理由
- 2 その他