

様

千葉市長

千葉市産後ケア事業利用承認通知書

千葉市産後ケア事業について、下記のとおり利用を決定しましたので通知します。

記

1 登録番号等

(1) 登録番号 _____

(2) 児の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 利用承認期間 _____ 退院当日～ _____

3 利用種別ごとの利用日数等と自己負担額

利用種別及び利用日数	訪問型	7 回	施設型	7 日
自己負担額				

- ・ 利用の際は、この通知書と千葉市産後ケア事業登録証を、利用する医療機関・助産所に必ずご提示ください。
- ・ 母子のいずれかが入院加療中は利用できません。
- ・ 転居、転出をした場合は、速やかに下記へお申し出ください。
- ・ 利用の状況について、利用者及び医療機関・助産所に、母子健康包括支援センターから電話等で確認させていただきますので、ご了承ください。

(お問い合わせ先) ○○保健福祉センター健康課
母子健康包括支援センター
TEL ○○○-○○○○