

東串良町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

東串良町長 様

(申請者) 住 所 東串良町  
氏 名  
電話番号 — —

東串良町産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒  (緊急連絡先) — —		
ふ り が な 子 の 氏 名	※決まっている場合	性 別	男 ・ 女
出 産 ( 予 定 ) 日	年 月 日	退 院 ( 予 定 ) 日	年 月 日
出 産 ( 予 定 ) 施 設 名			
利 用 施 設 名			
事 業 の 種 類	1 宿泊型 2 アウトリーチ型 3 デイサービス型		
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申 請 理 由 (該当するものを ○で囲んでくださ い。)	1 産後の身体的回復について不安がある。 2 育児について不安がある。 3 産後の経過に応じた休養や栄養管理等の日常生活面に不安がある。 4 その他( )		
同 意 欄			
1. 利用料の確認のため、申請者及びその世帯の課税状況について閲覧すること。 2. 事業の利用にあたり、町が医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること及び医療機 関等が町に対して必要な個人情報を提供すること。			
上記について同意します。 (申請者) _____			

※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。