

(宛先)多気町長

R 7 年 11 月 30 日

多気町産後ケア事業利用申請書

申請者 住所 多気町相可 1600
氏名 多気 花子
連絡先(電話)0598-38-1154

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。また、次の事項について同意します。

以下の同意事項をよくお読みいただき太枠を記入してください。

- 世帯構成について、多気町が調査を行うことに同意します。
- 町民税が課税されている世帯構成員の町県民税課税状況(生活保護を受給している場合は生活保護の受給状況を含む。)について多気町が調査を行うことに同意します。
- 申請時の内容を利用する産後ケア事業委託機関に情報提供することに同意します。
- 要綱第7条により決定された自己負担額について、利用後すみやかに支払うことに同意します。

利用者	住所	〒519-2181 多気町 相可 1600		住所地(多気町内)電話番号を記入してください 電話 0598 - 38 - 1154	
	母の氏名	ふりがな たき はなこ 多気 花子	生年月日	H ● 年 ● 月 ● 日	
	児の氏名	ふりがな たき たろう 多気 太郎 男・女(第 1 子)		R △ 年 △ 月 △ 日	
		ふりがな 男・女(第		児の名前が決まっていない場合は未記入可 双胎(双子)の場合はここに記入	
出産予定日	R △ 年 ○ 月 ○ 日	出生日	R △ 年 △ 月 △ 日		
退院予定日	R △ 年 △ 月 ▼ 日	退院日	R △ 年 ○ 月 ▲ 日		
利用希望日数	R △ 年 ○ 月 ▲ 日 から 2 日間				
希望するサービスの種類(宿泊型・通所型・訪問型) 利用希望する施設(〇〇助産院)					
*委託機関により受けられるサービスの種類は異なります。					
利用する理由(具体的に記入ください)					
例)睡眠不足や育児の疲れによる心身の休息。乳房ケアの仕方について教えてほしい。					
理由を記入ください					
※申請受付年月日	年 月 日	※面接予定日	年 月 日		
※決定年月日	年 月 日	※承認(産後ケアNO)・不承認		
※産後ケア事業委託機関					

(注)1、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。

2、出生日、退院予定日及び退院日の欄は、記入できる欄のみ記入してください。

3、※印欄は、担当者が記入しますので、記入しないでください。