

(宛先)大台町長

年 月 日

大台町産後ケア事業利用申請書

申請者 住所 大台町  
氏名  
連絡先(電話)

印

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。

1. 世帯構成について、大台町が調査を行うことに同意します。
2. 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。)について大台町が調査を行うことに同意します。
3. 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。

利用者	住所	〒 大台町			電話	-	-
	母の氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	
	児の氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	
		男・女(第 子)					
出産予定日	年	月	日	出生日	年	月	日
退院予定日	年	月	日	退院日	年	月	日
利用希望日数	年 月 日 から 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( ) * 医療機関等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)							
※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。