

小竹町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

申請者 住 所

氏 名	印
(利用者との続柄)	
連絡先 (電話)	

産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、申請に際して以下①～③のことに同意します。

- ①世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳等の調査・閲覧をすること。
- ②産後ケア事業の利用に必要な情報を小竹町が委託事業者へ情報提供すること、及び委託事業者が小竹町に対し必要な個人情報を提供すること。
- ③産後ケア事業実施施設退所時、利用者負担金等を施設に対して支払うこと。

申請の種類		新規 ・ 変更 ・ 延長利用				母子手帳交付番号			
利 用 者	住 所	小竹町大字			電話番号			— —	
	(ふりがな) 母の氏名			生年月日	年	月	日 () 歳		
	(ふりがな) 子の氏名			生年月日	年	月	日		
世帯構成	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢			
緊急連絡先	氏 名	利用者との続柄 ()							
	住 所	電話番号 — —							
	氏 名	利用者との続柄 ()							
	住 所	電話番号 — —							
出産(予定)施設名									
出産(予定)日		年	月	日	退院(予定)日		年	月	日
利用希望サービス		産後デイケア (日中利用) ・ 産後ショートステイ							
利用希望施設									
利用希望期間									
利用を希望する理由 (特に心配なことなどをできるだけ具体的に記入してください)									

小竹町使用欄

世帯区分	① ② ③	区分確認方法	
------	-------	--------	--