

串本町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
氏 名
利用者との続柄 ()
電話番号

串本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。

(ふりがな) 利用者氏名	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
住 所	〒 串本町		
(ふりがな) 乳児氏名	男 ・ 女	第 子	
	出生体重	g	
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産施設名			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> アウトリーチ型		
利用事業所名			
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (生後1年未満)		
申請理由			
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、町が事業所に対して必要な個人情報を提供すること及び事業所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。

記入例

令和〇年△△月××日

串本町長 宛

申請者 住所 串本町 **サンゴ台690番地5**
氏名 **串本 町子**
利用者との続柄 (**本人**)
電話番号 **62-0555**

串本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。

(ふりがな) 利用者氏名	くしもと まちこ 串本 町子	生年月日	〇〇年△△月××日
		電話番号	62-0555
住所	〒 649-3510 串本町 サンゴ台690番地5		
(ふりがな) 乳児氏名	くしもと いちろう 串本 一郎	男・女	第 1 子
		出生体重	3,000 g
出産(予定)日	令和〇年△△月××日	退院(予定)日	令和〇年△△月××日
出産施設名	〇△病院 希望するサービスがいくつかある場合は、希望するすべてに☑を記入		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス型 <input checked="" type="checkbox"/> アウトリーチ型		
利用事業所名	くしもと町立病院 かづこ助産院 ココハナ		
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (生後1年未満)		
申請理由	おっぱいが出にくい こどもがうまくお乳を吸ってくれない 等 利用事業所がいくつかある場合は、希望するすべての事業名を記入		
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、町が事業所に対して必要な個人情報を提供すること及び事業所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) 串本 町子	

※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。