別記第1号様式（第6条関係）

串本町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

　串本町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

利用者との関係（　　　　　　）

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　（電話番号） | | | |
| ふりがな  子の氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 出産(予定)日 |  | | 退院(予定)日 |  |
| 出産(予定)施設名 |  | | | |
| 利用施設名 |  | | | |
| 利用事業・期間 | * デイ・サービス型 | ～　　 　　　　(　日間) | | |
| * 宿泊型 | ～　　　　 　　(　日間) | | |
| 申請理由 | □ 産褥期の身体的回復について不安がある。  □ 育児について不安がある。  □ 産後の経過に応じた休養や栄養等、日常生活面に不安がある。  □ 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。

別記第1号様式（第6条関係）

記入例

串本町産後ケア事業利用申請書

令和○○年△△月××日

　串本町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　所　串本町サンゴ台○○○番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　串　本　　太　郎

利用者との関係（　夫　）

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 串 本　花 子 | | 生年月日 | 平成○○年△△月××日 |
| 住　　　所 | 〒649-3510　　串本町サンゴ台○○○番地  　　　　　　　　　　　　（電話番号）○○○-△△△△－×××× | | | |
| ふりがな  子の氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 出産(予定)日 | 令和○○年△△月××日 | | 退院(予定)日 | 令和○○年△△月××日 |
| 出産(予定)施設名 | ○○産婦人科 | | | |
| 利用施設名 | ○○ディ・サービスセンター | | | |
| 利用事業・期間  ✔ | * デイ・サービス型 | 令和○○年△△月××日～△△年××日(□日間) | | |
| * 宿泊型   該当するところにチェック | ～　　　 　　(　日間) | | |
| 申請理由 | □ 産褥期の身体的回復について不安がある。  □ 育児について不安がある。  □ 産後の経過に応じた休養や栄養等、日常生活面に不安がある。  □ 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）　　串 本　太 郎 | | | | |

　※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。