

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 | <input type="checkbox"/> デイ・サービス型 | ～ | (日 間) |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | ～ | (日 間) |
| 申 請 理 由 | <input type="checkbox"/> 産褥期の身体的回復について不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児について不安がある。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。

記入例


串本町産後ケア事業利用申請書

令和〇年△△月××日

串本町長 様

(申請者) 住 所 **串本町串本1800**
氏 名 **串本 町子** 
利用者との関係 (**本人**)
電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

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 町子 | 生 年 月 日 | H〇年□□月××日 |
| 住 所 | 〒 649-3503 串本町串本2367 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| ふりがな 子の氏名 | くしもと いちろう 串本 一郎 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 出産(予定)日 | RO年□□月××日 | 退院(予定)日 | RO年△△月××日 |
| 出産(予定)施設名 | 〇〇病院 | 利用事業・期間については、空白で申請してください。面接時に確認します。 | |
| 利用施設名 | 〇〇助産院 | | |
| 利用事業・期間 | <input type="checkbox"/> デイ・サービス型 | ~ | (日間) |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | ~ | (日間) |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 産褥期の身体的回復について不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児について不安がある。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (例:おっぱいが出にくい) | | |
| 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 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