

稲美町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

稲美町長 様

年 月 日

次のとおり稲美町産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者(母親)	氏名	生年月日		年 月 日(歳)		
	住所	稲美町		電話		
		(緊急連絡先氏名)	申請者との関係	電話		
	出産医療機関名		出産日	年 月 日		
	兄の氏名	(第 子)	在胎週数	週	出生体重	g
	兄の氏名	(第 子)	在胎週数	週	出生体重	g
世帯構成	氏 名		続柄	生年月日		職業
			本 人			
利用希望	宿泊型 (7日間を限度)	年 月 日() ~		年 月 日()		
		年 月 日() ~		年 月 日()		
	デイサービス型 (7日間を限度)	年 月 日() ・		年 月 日()		
		年 月 日() ・		年 月 日()		
		年 月 日()				
	アウトリーチ型 (7日間を限度)	年 月 日() ・		年 月 日()		
		年 月 日() ・		年 月 日()		
		年 月 日() ・		年 月 日()		
		年 月 日()				
特に利用を希望する項目		①母体管理・生活指導 ②乳房管理 ③沐浴・授乳等の育児指導 ④乳児の世話、発育等のチェック ⑤その他保健指導、情報提供				
利用希望事業者名						
世帯の区分	①生活保護世帯 ②町民税非課税世帯 ③その他					
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書 <input type="checkbox"/> 所得・課税証明書					
同意書	・本申請書の内容を稲美町産後ケア事業実施事業者に提供することおよび利用者の健康状態等について事業者からこども課に情報提供することに同意します。 署名 _____ (※)					
	(該当する場合) ・生活保護適用(世帯全員)の有無について照会することに同意します。 ・町民税課税状況(世帯全員)について照会することに同意します。 署名 _____ (※)					

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。