

長与町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

長与町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

(利用者との続柄：)

電話番号

長与町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ 産婦氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	長与町		連絡先		
	フリガナ 子の氏名	(男 ・ 女)		生年月日	年 月 日 (か月)	
	出産した病院	出生体重	g	出生週数	週 日	
	緊急連絡先	氏名： (利用者との関係：) 連絡先：				
	世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
利 用 種 別	利 用 希 望 日	開始時刻	終了時刻	利用希望 医療機関等名		
<input type="checkbox"/> ショートステイ (2泊3日まで) <input type="checkbox"/> 初回利用 <input type="checkbox"/> 2回目利用	年 月 日 ~ 月 日	:	:			
<input type="checkbox"/> デイケア (2回まで) <input type="checkbox"/> 初回利用 <input type="checkbox"/> 2回目利用	年 月 日	:	:			
申請理由 (いずれにも該当する者が対象となります。) <input type="checkbox"/> 家族等から十分な育児の援助が受けられない。 <input type="checkbox"/> 心身の不調、育児不安がある。						
希望する支援内容 (該当項目にチェックを入れてください。複数可) <input type="checkbox"/> 授乳について相談したい <input type="checkbox"/> 産後ゆっくり休養したい <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい <input type="checkbox"/> 子どもの発育発達を相談したい <input type="checkbox"/> その他 ()						
同 意 欄 ① 公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査することに同意します。 ② 利用料は、直接実施事業者に支払います。 ③ 母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。 <div style="text-align: right;">署名 _____</div>						

※生活保護受給世帯または町民税非課税世帯に属する方は、利用料が無料となります。