

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

三種町産後ケア事業利用申請書兼同意書

三種町長 様

三種町産後ケア事業の利用を次のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |            |       |                |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|----------------|-------|
| 申請者（利用者）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ふりがな<br>氏名                                                                                                                                                                                  |                                                                                                          |            | 生年月日  | 年 月 日<br>( 歳 ) |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 住所                                                                                                                                                                                          | 〒<br>三種町                                                                                                 |            |       |                |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 緊急連絡先                                                                                                                                                                                       | 氏名                                                                                                       | 申請者との関係    |       |                |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                             | 住所                                                                                                       | 電話         |       |                |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ふりがな<br>乳児の氏名                                                                                                                                                                               | 男<br>女                                                                                                   | 出 生<br>体 重 | g     | 生年<br>月 日      | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ふりがな<br>乳児の氏名                                                                                                                                                                               | 男<br>女                                                                                                   | 出 生<br>体 重 | g     | 生年<br>月 日      | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 出産医療機関                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |            | 出産予定日 | 年 月 日          |       |
| 利用サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型<br><input type="checkbox"/> 訪問型                                                                                                   |                                                                                                          | 利用希望事業所名   |       |                |       |
| 利用希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 泊 日 )                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |            |       |                |       |
| 申請理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 家族等から十分な家事や育児等の援助が受けられないため<br><input type="checkbox"/> 産後に心身の不調又は育児不安等があるため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>特に困っていること ( )                                   |                                                                                                          |            |       |                |       |
| 特に利用を希望するサービス内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理や生活面の指導<br><input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳方法の指導<br><input type="checkbox"/> 育児方法の指導<br><input type="checkbox"/> 育児相談<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                          |            |       |                |       |
| 三種町産後ケア事業実施要綱第 5 条の規定により、事業の利用について、次の事項に同意の上、申請します。<br>(1) 申請書兼同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報について、実施事業者の情報提供することに同意します。<br>(2) 利用者の健康状態について、実施事業者から三種町に情報提供することに同意します。<br>(3) 三種町が審査に必要な範囲で住民基本台帳について、調査・閲覧することに同意します。<br>(4) 利用料金の免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。<br><br><div style="text-align: right;">申請者 _____</div> |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |            |       |                |       |
| 世帯区分<br>該当する欄に☑を付けてください。<br>※町で課税状況等の情報が確認できない場合は、証明書が必要となります。                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 町民税課税世帯<br><input type="checkbox"/> 生活保護世帯<br><input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 |            |       |                |       |