

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）	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒 三種町				
	緊急連絡先	氏名			電話	申請者との関係
		住所			電話	
	乳児の氏名	男 女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日
	乳児の氏名	男 女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日
	出産医療機関			出産予定日	年 月 日	
世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	
希望施設名						
利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)					
申請理由 (困っていることなど具体的に記入してください。)	<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 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調又は育児不安等があるため <input type="checkbox"/> その他 () 特に困っていること ()					
特に利用を希望するサービス内容に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理や生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳方法の指導 <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排便、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導 <input type="checkbox"/> 育児相談 <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。 (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、実施事業者へ情報提供することに同意します。 (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。 (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。 (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。						
申請者 ※ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
世帯区分 該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 ※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 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯					