

亶理町産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

亶理町長 殿

申請者 【住所】 _____

【氏名】 _____

【電話番号】 _____

(利用者との続柄: _____)

私は、亶理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。(□は✓を記入)

申請の種類		☐ 新規利用 ☐ 延長利用 (前回までの利用申請日数: _____ 日)	
利用者	住所	電話番号	_____
		携帯電話	_____
	ふりがな氏名 (産婦)	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	ふりがな氏名 (乳児)	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		第(_____)子	性別(男 ・ 女)
出産施設名		出生時の体重	_____ g
利用希望内容	施設名	_____	
	事業種別及び利用日数	☐ ①宿泊型ケア 【 計 _____ 日間 】 (積算内訳: _____ 泊 _____ 日 × _____ 回)	
		☐ ②日帰り型ケア 【 計 _____ 日間 】 利用希望日数 (①②③) の合計	
		☐ ③居宅訪問型ケア 【 計 _____ 日間 】 【 合計 _____ 日間 】	
申請理由		☐ ①産後に心身の不調又は育児不安等がある。 ☐ ②実家が遠方であるなど育児の協力が得られない。 ☐ ③上記にはあてはまらないが、次の指導(相談)を希望する。 (_____)	
希望する指導内容		☐ 基本的な育児技術(抱き方など) ☐ 生活面(産後の休養や栄養管理など) ☐ 乳房ケア ☐ 沐浴指導 ☐ 授乳指導 ☐ その他(_____)	
緊急連絡先		氏 名	(利用者との続柄: _____)
		電 話 番 号	_____
同意欄		(1) 申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を実施施設に情報提供するとともに、実施後、必要な情報について実施施設から亶理町へ情報提供することに同意します。 (2) 申請の内容の審査に当たり、亶理町が住民基本台帳及び課税資料等について調査することに同意します。 【自署】 _____	

- ※1 この申請書を提出する時は、母子健康手帳を持参して下さい。
※2 複数施設を利用する際は、利用希望施設毎に申請書が必要になります。
※3 この申請に係る利用期間の最長は、利用者(乳児)の1歳の誕生日の前日までとなります。

【町記入欄】

世帯構成員の町民税課税状況	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯
利用決定 (決裁) 年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
実施事業者 (利用施設) 名	_____