

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)

住 所	電 話 番 号
	携 帯 電 話

フ リ ガ ナ 氏 名 (妊 産 婦)	生年月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)
-----------------------------	------	----------------------

◆出産後の方のみご記入ください

フ リ ガ ナ 氏 名 (乳 児)	生年月日	令和 年 月 日 (生後 か月)
	第()子 性別(男 ・ 女)	
出 産 施 設 名	在胎週数	週 出生時の体重 g

◆妊娠中の方のみご記入ください

出 産 予 定 日	年 月 日	第()子
出 産 予 定 施 設 名	現在妊娠 () 週	

申 請 理 由 (複 数 可)	<input type="checkbox"/> ①産後に心身の不調又は育児不安等がある。 <input type="checkbox"/> ②実家が遠方であるなど育児の協力が得られない。 <input type="checkbox"/> ③相談・指導の希望 { <input type="checkbox"/> 基本的な育児技術(抱き方など) <input type="checkbox"/> 生活面(産後の休養や栄養管理など } { <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> その他() } <input type="checkbox"/> ④休息のため <input type="checkbox"/> ⑤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、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。 <p style="text-align: right;">【自署】 _____</p>		

※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 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	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
利用決定(決裁)年月日	令和 年 月 日		