

年 月 日

山ノ内町産後ケア事業利用申請書

（宛先） 山ノ内町長

申請者 住所

氏名

連絡先（電話）

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請の種類 (当該番号に○)		1 新規 ・ 2 継続		母子健康手帳交付番号
		利用区分	1 宿泊型・2 デイサービス型・3 訪問型	
利用者	住所	(〒 - )		
	氏名			
	子の氏名	(第 子)		
出産(予定)施設名				
出産(予定)年月日		年 月 日	退院(予定)年月日	年 月 日
利用(予定)期間		年 月 日から 日間		
産後ケア事業利用希望医療機関等名				
延長(予定)期間		年 月 日から 日間		
利用する理由（困っていることや心配なことを具体的に記入ください）				
※特記事項（町記入欄） 生活保護世帯 ・ 非課税世帯 ・ その他				

なお、本サービス利用に伴う自己負担額算定の為、担当職員が私の属する世帯の住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳等関係書類を閲覧すること及び、サービスを提供する事業者に自己負担額と本書に記載の内容および基本情報を提供することについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

注) 1 申請者氏名欄は、申請者が署名又は記名押印してください。

2 生活保護法による保護を受けている者は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付してください。