

様式第1号（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

本別町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号
※日中に連絡がつく電話番号

本別町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。（太枠の中を記入してください）

申請の種類	(該当する番号を○で囲む) 1 新規 ・ 2 継続		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
父の氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名	男・女	出生時の体重	g 第 子
出産施設名		生年月日	年 月 日
出産日	年 月 日	退院日	年 月 日
申請理由	心身の不調や育児不安がある		
	その他()		
利用希望日			
利用回数	回		
同意欄	①利用日の調整は、申請者と委託助産所等が直接行います。場合によっては希望に添えないことがあります。 ②当該事業に必要な情報を委託助産所等に提出し、町に報告されます。 ③当該事業の自己負担額の決定にあたり、町が公簿等により申請者の属する世帯の生活保護の受給状況を確認します。 上記①②③に同意します。 申請者署名 _____		
事業実施施設名			

※町記入欄

受付年月日	年 月 日	決定日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 左以外の世帯		
処理欄	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 決定通知発行 <input type="checkbox"/> 入力		

(注)

- この申請を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
- 同意欄の申請者氏名欄は、申請者が署名してください。