

多度津町長 様

申請者 住所 多度津町
氏名
(利用者との関係)
電話

多度津町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、多度津町の産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者氏名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	多度津町		電 話
子 の 氏 名		出 生 体 重	g (第 子)
出 産 (予 定) 日	年 月 日	退 院 (予 定) 日	年 月 日
出 産 (予 定) 施 設 名			
利 用 希 望 事 業	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 訪問(アウリーチ)型	利 用 希 望 日 数	<input type="checkbox"/> 7日間(単胎) <input type="checkbox"/> 12日間(多胎) <input type="checkbox"/> () 日間(追加の場合)
利 用 希 望 施 設			
申 請 理 由 (具体的に記入)			

産後ケア事業に関する同意書

私は、産後ケア事業の実施について下記の事項に同意します。

- (1) この事業を利用するために、必要な範囲で私の情報を事業を行う施設等に提供すること。
- (2) 事業を行う施設から町に利用状況を報告すること。
- (3) この事業の利用審査のため、必要範囲で世帯の税情報または生活保護受給状況について確認すること。
- (4) この事業を行う施設等に利用者自己負担額を支払うこと。

年 月 日

氏名 _____ 印

記名押印または署名

注 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

その他、利用の決定等に必要な書類を求めることがあります。