

棚倉町産後ケア事業利用申請書

棚倉町長

申請者 住 所 棚倉町大字
氏 名
連絡先（電話）

下記のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

記

利用者	(ふりがな) 産婦氏名	()	生年月日		年 月 日 (歳)	
	住 所	(〒 -) 棚倉町大字 (電話)				
	(ふりがな) 児氏名	()	性 別	男 女	生年月日 年 月 日 (か月)	
	出産医療機関名			妊娠週数		週 日
				出生体重		g
	緊急連絡先氏名	続柄 ()		電話番号		
世帯構成 (利用者以外)	氏 名	続 柄	生年月日		職 業	
			年 月 日			
			年 月 日			
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後、家族等身近な人から育児・家事等の十分な支援が受けられない <input type="checkbox"/> 産後の母体管理、心身不調の相談やサポートを受けたい・休養したい <input type="checkbox"/> 乳房の状態確認・母乳に関する相談や乳房ケアを受けたい <input type="checkbox"/> 授乳方法や沐浴方法等、育児技術等に不安があるため相談したい <input type="checkbox"/> 乳児の発育や発達に不安があるので相談したい <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入：)					
希望内容	事業（ケア）の種類		利用期間等		利用機関名等	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 居宅訪問		年 月 日（～年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 居宅訪問		年 月 日（～年 月 日）			
【 世帯区分 】 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない						
同意欄	1. 利用料免除のため、棚倉町が私及び生計を同一とする世帯員の町民税の閲覧または生活保護受給状況を確認することに同意します。調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出します。 2. 棚倉町が委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業所が棚倉町に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 同意日 年 月 日 同意者氏名					

※以下の欄は町が記載します。

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
---------	-------	-------	-------	----------