

上三川町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

上三川町長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号

上三川町産後ケア事業実施要綱に基づく上三川町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

申請の種類		1. 初回 2. 初回以外 (回目) (該当する番号に○)			
利用者	住 所	上三川町		電話番号	
	産婦氏名			生年月日 年 月 日生 (歳)	
	子①の氏名	男・女 (第 子)		子①の生年月日 年 月 日生	
	子②の氏名	男・女 (第 子)		子②の生年月日 年 月 日生	
緊急連絡先		氏名(利用者との関係)		()	
		電話番号(日中夜間の連絡先)			
出産施設名			利用希望施設名		
申請理由 (該当する箇所全てに○をつけてください。)		1	出産後に家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられず、日常生活に不安がある。		
		2	産じょく期の身体の回復に不安がある。		
		3	心身の不調等により不安を感じている。		
		4	育児に関する不安等を感じている。		
		5	その他 ()		
利用希望内容		事業種別		利用希望(予定)期間	備考
		宿泊型・通所型・訪問型		年 月 日 ~ 年 月 日	
		宿泊型・通所型・訪問型		年 月 日 ~ 年 月 日	
		宿泊型・通所型・訪問型		年 月 日 ~ 年 月 日	
世帯の状況		一般・町民税非課税世帯・生活保護世帯 (該当する箇所に○)			
食物アレルギーの有無		産婦：無・有 ()			
		子①：無・有 () 子②：無・有 ()			
※同意欄					
1 利用者の住民基本台帳を調査すること。					
2 世帯全員の町民税の課税状況を調査すること。					
3 町が事業を委託する医療機関等に本申請書に記載された内容等を提供すること。					
4 医療に係る処置が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。					
5 利用を取りやめた時は、町が事業を委託する医療機関等が定める利用を取りやめた場合に負担すべき額を直接支払うこと。(全額自己負担)					
6 申請後、内容を審査した結果、本事業を利用できない場合があること。					
7 乳幼児全戸訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況について関係機関に情報提供すること。					
私は、上三川町産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。					
利用者氏名(自署)					

※ 生活保護を受けている方は、その旨を証する書類を添付してください。