

中土佐町長 様

中土佐町産後ケア事業利用申請書兼同意書

下記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。なお、この申請にあたり私の世帯の町民税の課税状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。また、本申請書記載内容及びサービス利用に必要な情報を事業所へ情報提供すること、本事業の利用状況等を中土佐町の母子保健事業に活用していくことに同意します。

利用者 (申請者)	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名				(歳)		
	住所	〒 -	電話番号	自宅： 携帯：			
	※ 利用者と申請者が異なる場合のみ記入 代理人氏名：		代理人住所： 利用者との続柄 () 電話(携帯)				
	緊急連絡先	氏名	利用者との続柄 ()	電話(携帯)			
	出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関				
出生児	フリガナ 氏名	在胎週数	週	出生体重	g		
	フリガナ 氏名	在胎週数	週	出生体重	g		
申請理由	※ 当てはまるものすべてに○をしてください 1 家族等から産後の援助を受けられないため 2 産後に心身の不調があり、休養の必要があるため 3 乳房手当、乳房トラブルケアを受けたいため 4 育児等について、具体的な指導・助言を受けたいため 5 その他 ()						
世帯構成 (利用者を除く)	氏名	続柄	生年月日	職業			

※1 当該年度の課税状況(4月から6月までの利用にかかる申請は前年度の課税状況)を確認します。町の台帳で確認できない場合は、別途利用者世帯の所得課税証明書等の資料を求めますので、ご了承ください。

※2 生活保護世帯の方は生活保護受給証明書の提出をお願いします。

※ サービス利用時点で、産婦または乳児のどちらかが中土佐町に住民票のある方が対象者となります。

担当者 記入欄	受付日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認
		通知書送付日	年 月 日	