

産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

庄内町長 富樫 透 殿

申請者 住所  
氏名  
利用者との関係 ( )

次のとおり庄内町産後ケア事業を利用したいので、申請します。

利 用 者	住 所			
	フリガナ 氏 名			生 年 月 日
				年 月 日
	緊急連絡先	氏名	(利用者との関係 ) 電話	
乳 児	氏 名	(第 子)		
	生年月日	年 月 日		
希 望 ケ ア	種 類	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型
	希 望 日	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)		
	実施機関名			
出産医療機関名				
利用する理由 (不安なこと等)				
※ 申請受付日	年 月 日	※ 決 定日	年 月 日	
※ 世帯の区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
同 意 書				
町が、この事業の利用対象者の要件、利用者負担額等を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料及び世帯情報を閲覧すること及び私の情報（この申請書の写しを含む。）を実施機関に提供すること並びに実施機関が、この事業の利用状況等の情報を町に提供することに、同意します。				
令和 年 月 日				
申請者 住所 氏名				

備考 ※印の欄は、町が記入しますので、申請者の記入は必要ありません。