

様式第1号(第10条関係)

年 月 日

(あて先)三 芳 町 長

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との関係 )  
電 話

三芳町産後ケア事業(ショートステイ型・デイサービス型・アウトリーチ型)利用申請書

次のとおり、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・連絡先	電 話		
緊急連絡先	氏名(利用者との関係)		
	電話番号	日中連絡先	
		夜間等連絡先	
利用する児の氏名		出生年月日	年 月 日
出生体重・在胎週数	g( 週 日)	出産医療機関	
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 町県民税非課税世帯・生活保護世帯 ※証明書の提出が必要。支払い後の減免は不可。 <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯		
申請理由	<input type="checkbox"/> 母乳に関する相談やケアの希望がある。 <input type="checkbox"/> 育児等による疲労や体調不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児・家事を手伝ってくれる人がいない。 <input type="checkbox"/> その他( )		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
希望するサービス	回数	希望する施設名	
<input type="checkbox"/> ショートステイ	日		
<input type="checkbox"/> デイサービス	回		
<input type="checkbox"/> アウトリーチ	回		
アレルギーの有無	無 ・ 有( 内容 )		
特に希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> 体調管理(乳房ケア・乳房トラブルの対処) <input type="checkbox"/> 母の休息 <input type="checkbox"/> 育児のサポート(沐浴指導・授乳の方法・子どもの発達・発育の相談) <input type="checkbox"/> その他(内容 )		

## 同意書

①三芳町産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態や利用状況について、事業者から健康増進課母子保健担当へ情報提供することに同意します。

②利用料にかかる世帯区分を確認するために、健康増進課母子保健担当が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

(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。非課税世帯及び生活保護世帯の場合は、それを証明する書類の提示が必要です。