

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(宿泊型・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。

申 請 の 種 類	1 新規 2 延長		
利 用 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
連 絡 先			
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	
子 の 氏 名		出 生 体 重	g(第 子)
出 産 (予 定) 日	年 月 日	退 院 (予 定) 日	年 月 日
出 産 (予 定) 施 設 名			
利 用 希 望 日 数	宿泊型()泊()日、デイサービス型・アウトリーチ型()回		
利 用 希 望 期 間	宿泊型(/ ~ /) デイサービス型・アウトリーチ型(/ ~ /)		
申 請 理 由 (具体的に記入ください。)			
利用料の減免に係る 添付書類 *支払後の減免は、不可	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書(世帯全員が非課税であることが確認できるもの)		
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、利用者の健康状態について、事業者から保健センターに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、保健センター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。