

長与町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

長与町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(利用者との続柄：)

電話番号

長与町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

利用 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
	産婦氏名						
	住 所	長与町		連絡先			
	フリガナ			生年月日	年 月 日 (か月)		
	子の氏名	(男 ・ 女)					
	出産した病院		出生 体重	g	出生週数	週	日
	緊急連絡先	氏名： (利用者との関係：)連絡先：					
世 帯 区 分	☐ 町民税課税世帯 ☐ 町民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯						
利 用 種 別	利 用 希 望 日	開始時刻	終了時刻	利用希望 医療機関等名			
☐ ショートステイ (2泊3日まで) ☐ 初回利用 ☐ 2回目利用	年 月 日 ～ 年 月 日	:	:				
	年 月 日 ～ 年 月 日	:	:				
☐ デイケア (5回まで) ☐ 初回利用 ☐ 2回目利用 ☐ 3回目利用 ☐ 4回目利用 ☐ 5回目利用	年 月 日	:	:				
	年 月 日	:	:				
	年 月 日	:	:				
	年 月 日	:	:				
	年 月 日	:	:				
	年 月 日	:	:				
希望する支援内容 (該当項目にチェックを入れてください。複数可) ☐ 授乳について相談したい ☐ 産後ゆっくり休養したい ☐ 育児方法について相談したい ☐ 子どもの発育発達を相談したい ☐ その他()							
同 意 欄 ① 公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査することに同意します。 ② ショートステイを利用する場合の利用料は、直接実施事業者に支払います。 ③ 母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。 署名							

※生活保護受給世帯又は町民税非課税世帯に属する方は、利用料が無料となります。