

上毛町産後ケア事業利用申請書

上毛町長 様

申請者 住所：上毛町大字

氏名：

※署名又は記名押印

(利用者との続柄：)

連絡先(電話)：

本事業を利用したいので、上毛町産後ケア事業実施要綱第6条により、次のとおり申請します。

なお、本書の提出に併せまして、次に掲げる事項に同意し、その旨を表明します。

- 世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するため、町が本町の住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすることに同意します。
- 町が本事業の実施に必要な情報を委託産科医療機関等に提供すること及び委託医療機関等が町に対して個人情報を提供することに同意します。
- 本事業の利用に関して、委託産科医療機関等から請求のあった利用料を支払うことを約束します。

申請種類	新規 ・ 再申請	母子健康手帳番号：	
	(ふりがな) 母の氏名：	生年月日：	
	子の氏名： (第 子)	生年月日：	年 月 日生
	子の氏名： (第 子)	生年月日：	年 月 日生
	住 所：上毛町大字	電話番号：	
出産施設名			
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
利用事業	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) ・ <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)		
利用希望施設			
利用希望期間	短期入所(ショートステイ)	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)	
	居宅訪問(アウトリーチ)	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 回)	
利用申請理由 (特に心配な事等具体的に記入してください。)			
医療機関からの情報提供	無 ・ 有 (医療機関名：)		
緊急連絡先	氏名：	利用者との続柄：	
	住所：	電話番号：	

(町記入欄)

世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 1. 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 2. 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 3. 生活保護世帯	世帯員課税情報確認
		確認者()
利用日数	<input type="checkbox"/> ショートステイ型 今回()日【通算()日】 <input type="checkbox"/> アウトリーチ型 今回()日【通算()日】	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付書類