

上土幌町産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

上土幌町長 竹中 貢 様

住所
申請者
氏名

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認・決定のために、上土幌町が住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや、当該事業に必要な情報を、事業者を提供する場合がありますことについて同意します。

母子健康手帳番号			
利用者の氏名		生年月日	年 月 日
児の氏名		出生時の体重等	g (第 子)
			g (第 子)
			g (第 子)
出産(予定)年月日	令和 年 月 日	退院(予定)年月日	令和 年 月 日
出産(予定)施設			
申請理由 ※希望する項目に チェックを入れて ください。	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 産後の疲れがとれない <input type="checkbox"/> 産後気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 母体ケア(乳房の手当てやトラブルケア等)について <input type="checkbox"/> 育児(授乳や沐浴等)について <input type="checkbox"/> 児の発育発達について <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容)		
<p><同意書></p> <p>①利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望にそえないこともあります。</p> <p>②当該事業に必要な情報を、事業者を提供する場合があります。</p> <p>③利用の結果については、事業者から上土幌町に報告されます。</p> <p>④利用可能期間や回数を超えて利用することはできません。</p> <p>⑤上土幌町産後ケア事業利用承認通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。</p> <p>上記①～⑤に同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			