

上板町長 様

上板町産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり、上板町産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | | | | |
|--------------------------------|------------|--|------------|---------|------------|--|
| 利用者(申請者) | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | (歳) | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | 電話番号 | |
| | | 上板町 | | | 自宅: 携帯: | |
| | 緊急連絡先 | 氏名: | 利用者との続柄() | 電話(携帯) | | |
| | 出産(予定)日 | 年 月 日 | | 現在の妊娠期間 | 週 | |
| | 出産(予定)医療機関 | | | | | |
| 出生児 | (フリガナ) 氏名 | 在胎週数 | 週 | 出生体重 | g | |
| | (フリガナ) 氏名 | 在胎週数 | 週 | 出生体重 | g | |
| 申請理由 (当てはまるものすべてに○をしてください。) | | 1. 出産後の乳房の手当てや体調に不安がある 2. 精神的な不安がある 3. 育児に関して悩みがある 4. 日常生活面で不安がある 5. その他() 上記を選んだ理由を具体的に記入してください | | | | |
| 世帯構成 (利用者を除く) | | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | |
| 世帯区分※1 | | <input type="checkbox"/> 町民税課税・非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | | | | |
| 同意欄 ※利用者、又は配偶者が記載してください。 | | 産後ケア事業の申請にあたり、世帯の町民税の課税状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。 署名: _____ (続柄: _____) | | | | |

※以下の欄は町が記載します。

| | | | |
|-----|--------|-------|-----------------|
| 受付日 | 決定年月日 | 年 月 日 | 承認 (No.) ・ 不承認 |
| | 通知書送付日 | 年 月 日 | |
| | 自己負担額 | 円 | |