

別記様式第1号(第6条関係)

上三川町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

上三川町長 様

申請者 住所 上三川町
氏名
電話番号

上三川町産後ケア事業実施要綱に基づく上三川町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

申請の種類		1. 初回	2. 初回以外 (回目)	(該当する番号に○)
利用者	住 所	上三川町		電話番号
	産婦氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
	子の氏名	男・女 (第 子)	子の 生年月日	年 月 日生
	子の氏名	男・女 (第 子)	子の 生年月日	年 月 日生
出産(予定)施設名				
出産(予定)年月日		年 月 日	退院(予定)年月日	年 月 日
申請理由 (該当する箇所全てに○ をつけてください。)	1	出産後に家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられず、日常生活に不安がある。		
	2	産じょく期の身体の回復に不安がある。		
	3	心身の不調等により不安を感じている。		
	4	育児に関する不安等を感じている。		
	5	その他 ()		
利用希望内容	事業の種類		利用希望(予定)期間	備考
	宿泊型・日帰り型・訪問型		年 月 日 (~ 年 月 日)	
	宿泊型・日帰り型・訪問型		年 月 日 (~ 年 月 日)	
	宿泊型・日帰り型・訪問型		年 月 日 (~ 年 月 日)	
世帯の状況		一般・町民税非課税世帯・生活保護世帯 (該当する箇所に○)		
食物アレルギーの有無		産婦 有 () ・無 () 子ども 有 () ・無 ()		
※同意欄				
1 世帯全員の町民税の課税状況を調査すること。 2 町が事業を委託する医療機関等に本申請書に記載された内容等を提供すること。 3 医療に係る処置が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。 4 申請後、内容を審査した結果、本事業を利用できない場合があること。 私は、上三川町産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。 利用者氏名(自署)				

※ 生活保護を受けている方は、その旨を証する書類を添付してください。