世羅町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

世　羅　町　長

申請者　住 所　世羅町大字

名 前

電話番号（　　　　）　　　－

つぎのとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

なお、町が私の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査すること、出産状況等を出産（予定）施設に照会すること並びに委託事業所に私の情報を提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名前 | |  | | | | |
| 子の名前 | |  | | 出生体重 | ｇ  （第　　 子） | |
| 出産(予定)日 | | 年　 月　 日 | | 退院(予定)日 | 年 　月　 日 | |
| 出産(予定)施設名 | |  | | | | |
| 希望する  サービス | 種　別  該当するものに☑ | □ 宿泊型 | □ 在宅型 | | | □ 日帰り型 |
| 希望する  利用期間  又は月日 | 年　月　日（　）  から  年　月　日（　）  までの（　　）日間 | 年　月　日（　）  から  年　月　日（　）  までの（　　）日間 | | | 年　月　日（　）  年　月　日（　）  年　月　日（　）  年　月　日（　） |
| 利用希望機関等 | |  | | | | |
| 申請理由  （具体的に記入してください） | |  | | | | |
| 世帯区分（該当するものに☑） | | □生活保護世帯　　□町民税非課税世帯　　□その他 | | | | |

(注)　この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。