　年 　月 　日

世羅町産後ケア訪問事業利用申請書

世　羅　町　長　様

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 |  | | |
| 住　所 | 世羅町大字 | | |
| 訪問先住所 | □住所と同じ　　　　□　（　　　　　　　　　　）様方 | | |
| 電 話 番 号 |  | 携 帯 電 話 |  |
| 緊急連絡先氏名 | ） | 緊急連絡先 |  |
| 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 |
| 出産医療機関 |  | | |
| 申請理由 | ・乳房ケアについて　　　・児の体重なの体のことについて  ・沐浴などのセルフケアについて　・母の体調管理について  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 世帯区分 | □生活保護世帯（無料）　□非課税世帯（500円）  □その他　（1,000円） | | |