

御船町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

御船町産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので、御船町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により申請します。

利用 予 定 者	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	住 所			
	連絡先	- -		
	出産(予定) 医療機関			
	ふりがな 児氏名	(第 子)	出産 (予定) 日	年 月 日
	申請理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 出産後、身体面での不調がある <input type="checkbox"/> 出産後、精神面での不調がある <input type="checkbox"/> 育児や日常生活に不安がある <input type="checkbox"/> 夜間のケアが必要である <input type="checkbox"/> 家族等から十分な援助が受けられない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
利用 希 望	利用種別	利用希望施設	初回利用希望日	
	<input type="checkbox"/> 訪問型 及び 日帰り型	( )・未定	年 月 日・未定	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	( )・未定	年 月 日～ 年 月 日・未定	
世帯区分		<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
同意 欄	<p>私は、産後ケア事業の利用申請に当たり、次の事項に同意します。</p> <p>1 利用者負担金決定のため、御船町が利用者及び同世帯の住民基本台帳及び町民税課税台帳、生活保護受給状況等を確認すること。                  ※上記1に同意しない又は転入等の理由により御船町が調査・確認できない場合で、減額を希望する場合は、世帯の課税状況を証するものを提出してください。利用者負担金の減額を希望しない場合は、以下にチェックをいれてください。  <input type="checkbox"/> 減額を希望しません</p> <p>2 利用後に利用者負担金を利用施設に直接支払うこと。</p> <p>3 利用者の支援のため、必要に応じて御船町と利用施設が相互に利用者の情報を共有すること。</p> <p style="text-align: right;">申請者 署名： _____</p>			

※本書に母子健康手帳の写し（表紙と「出産の状態」のページ）を添付してください。