

益城町長 様

住 所 益城町
 申請者 氏 名
 連絡先

益城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、益城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	益城町			
	緊急連絡先	氏名： 電話： 利用者との関係（ ）			
	出産医療機関		出産日	令和 年 月 日	
	ふりがな 児氏名	(第 子)	在胎週数	出生時体重	月 齢
			週 日	g	か月
	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"/> 授乳に不安がある (乳房トラブルを含む) <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"/> その他 ()			
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()				
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	有 () ・ 無	年 月 日 ・ 未定		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	有 () ・ 無	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	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。 1 利用者負担金決定のため、益城町が利用者及び同世帯の住民基本台帳及び課税台帳、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益城町が調査・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 2 利用後に利用者負担金を利用施設に直接支払うこと。 3 利用者の支援のため、必要に応じて益城町と利用施設が相互に利用者の情報を共有すること。 申請者 署名： _____				

※本書に母子健康手帳の写し（「出生届出済証明」と「出産の状態」のページ）を添付してください。