

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・利用延長）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（予定） 医療機関		出産日又は 出産予定日	年 月 日
	ふりがな 児氏名	（※出生前等のため未定の場合は空欄可）		
	申請種別	<input type="checkbox"/> 訪問型及び日帰り型（利用カードの交付を受けていない方） <input type="checkbox"/> 訪問型及び日帰り型の利用延長 <input type="checkbox"/> 宿泊型		
	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（ ）		
同意欄	<p><input type="checkbox"/>利用後に利用者負担金（利用料金）を利用施設へ直接支払います。</p> <p><input type="checkbox"/>益城町と利用施設が利用者の支援のため、必要に応じて相互に利用者の情報を共有することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 署名： _____</p>			

【職員記入欄】

住民票： 有 ・ 無 確認者（ ）