

様式第1号(第9条関係)

(表)

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者

(利用者との関係)

産後ケア事業を利用したいので、小鹿野町産後ケア事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、利用に際し以下の同意事項に同意します。

利用種別 希望機関	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型 ()		
ふりがな	生年月日	年 月 日	
利用者氏名 (母親)	電話番号		
住 所	小鹿野町		
緊急連絡先 (本人以外)	電話番号 氏名 ()	利用者との関係 ()	
母の状況 (有のとき記載)	妊娠中の異常 無 / 有 ()	既往歴 無 / 有 ()	内服中の薬 無 / 有 ()
ふりがな	生年月日	年 月 日	
子の氏名	性別	男 ・ 女	
出産(予定)日	年 月 日	退院日	年 月 日
出産(予定) 施設名	出生体重	g 出生時の異常 無 / 有 ()	
負担額区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		
申請理由	家族等から十分な援助がないことに加えて <input type="checkbox"/> 出産後の身体等の回復に不安があるため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため、具体的な指導、助言を受けたい <input type="checkbox"/> 日常生活について不安があるため <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する支援	<input type="checkbox"/> 母子の健康管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 療養上の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な支援 (具体的な内容)		
同意事項			
1 本申請書の内容は産後ケア事業を実施する医療機関等に提供すること、また、産後ケア事業を実施する医療機関等から町が利用状況の報告を受けること。 2 利用者負担額にかかる世帯区分を確認するために、町が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧すること。			

(裏)

※ 町記入欄

申請受理月日	受付印	受付者
要件確認	<input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 負担額区分 (一般世帯 ・ 町民税非課税世帯 ・ 生活保護受給世帯)	
審査結果	<input type="checkbox"/> 利用承認 <input type="checkbox"/> 利用不承認	
備考		