

剣淵町産後ケア事業利用（登録）申請書

年 月 日

剣淵町長 早坂 純夫 様

下記のとおり、剣淵町産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

利用者 (母)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	剣淵町			
	電話番号		緊急 連絡先	氏名	(続柄)
				電話	
	出産病院				
子	ふりがな 氏名		男・女 第 子	生年月日	年 月 日
申請理由 ※当てはまるものに ○をつけてください		出産後、身近に支援者がいないため、出産後の体調の回復や育児に強い不安がある。			
		その他 ( ) ※その他の理由を具体的に記入してください			
利用希望施設	※どちらかに○をつけてください		たぐち助産院		
			のぐち母乳育児相談室		
<p>&lt;同意欄&gt;</p> <p>① 申請内容に虚偽があった場合は、剣淵町産後ケア事業を利用することはできません。</p> <p>② 利用日の調整は、申請者と助産所が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。</p> <p>③ 剣淵町産後ケア事業利用に必要な情報を助産所に提供します。</p> <p>④ 利用の結果については、助産所が町に報告します。</p> <p>⑤ 利用期限や回数を超えて利用することはできません。</p> <p>⑥ 町が住民基本台帳、生活保護台帳、課税台帳等を閲覧し、自己負担金が決定されます。</p> <p>上記、①②③④⑤⑥に同意します。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (続柄)</p>					

※町記入欄

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
承認の有無	<input type="checkbox"/> 決定	<input type="checkbox"/> 非該当	
自己負担	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 : 1,000 円 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 : 0 円 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 : 0 円		
備考欄			

