

剣淵町産後ケア事業利用（登録）申請書

年 月 日

剣淵町長 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 電話	(続柄)
	出産病院				
利用者 (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					
<同意欄> 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。 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。 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。 ④ 利用の結果については、助産所が町に報告します。 ⑤ 利用期限や回数を超えて利用することはできません。 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。 上記、①②③④⑤⑥に同意します。 利用者氏名 _____ 申請者氏名 _____ (続柄)					

※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	☐ 決定	☐ 非該当	
自己負担	☐ 町民税課税世帯 : 1,000 円 ☐ 町民税非課税世帯 : 0 円 ☐ 生活保護世帯 : 0 円		
備考欄			