

様式第1号 (第6条関係)

申請日 年 月 日

忠岡町長 様

忠岡町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、忠岡町産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|------|------------|------|---|
| 申請者 (利用者) 情報 | (ふりがな) | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | | () 歳 | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | 電話番号 | | |
| | | 泉北郡忠岡町 | | | | 自宅: 携帯: | | |
| | 緊急連絡先 | 氏名: | 利用者との続柄() | 電話(携帯) | | | | |
| | 出産(予定)日 | 年 月 日 | | 現在の妊娠期間 | 週 | | | |
| | 出産(予定)施設名 | | | | | | | |
| | 出生児 | (ふりがな) | | | 在胎週数 | 週 | 出生体重 | g |
| | | 氏名 | | | 週 | | | |
| | | 妊娠・分娩・ 出生時の状況 | □特記なし □あり () | | | | | |
| 世帯 構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 利用 希望 | 申請理由 (当てはまるもの すべてに○をして ください。) | 1. 産後に心身の不調がある。 2. 育児に不安がある。 3. その他 () | | | | | | |
| | 利用希望内容 | □乳房ケア・授乳指導 □児の体重等のチェック □育児相談 □母の健康相談 □沐浴 □休養 □その他 () | | | | | | |
| | 利用希望種類 | □ショートステイ (宿泊型) 午前10時～翌日午前10時 (24時間以内) の1泊 □デイケア (日帰り型) 午前10時～午後7時の1日 □アウトリーチ (訪問型) 午前9時～午後5時の間の2時間以内 | | | | | | |
| | 希望日 | 年 月 日 | 時 分 | ～ | 時 分 | | | |
| | 年 月 日 | 時 分 | ～ | 時 分 | | | | |
| 利用料減免 | □有 □無 | | | | | | | |
| 同意欄 ※利用者もしくは 配偶者が記載して ください。 | (1)産後ケア事業の申請にあたり、住民基本台帳等による世帯状況を調査することに同意します。 (2)委託事業者に対し、必要となる利用者の申請事項等の記載内容を情報提供すること、また、本事業の利用状況等を忠岡町の母子保健事業に活用していくことに同意します。 年 月 日 署名: (印) (続柄) | | | | | | | |

※以下の欄は町が記載します。

| | | | |
|-----|--------|-------|-----------------|
| 受付日 | 決定年月日 | 年 月 日 | 承認 (No.) ・ 不承認 |
| | 通知書送付日 | 年 月 日 | |
| | 自己負担金 | 円 | |

