

産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

阿武町長 あて

申請者 住所 阿武町大字
氏名
連絡先（電話）

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名	男・女 (第 子)	生年月日	令和 年 月 日
出産（予定） 施設名				
出産（予定）日	令和 年 月 日	退院（予定）日	令和 年 月 日	
利用料に係る世帯区分に該当する場合は、○を記入	() 【世帯区分】 町民税非課税世帯・生活保護世帯 ※証明が必要です。			
利用内容				
事業の種類 (当該事業を○で囲む。)		利用（予定）期間		利用医療機関等
宿泊型・デイケア・訪問型		令和 年 月 日		
宿泊型・デイケア・訪問型		令和 年 月 日		
宿泊型・デイケア・訪問型		令和 年 月 日		
申請理由	1 産後の身体機能の回復が不安なため 2 育児に対する不安があるため 3 その他 ()			
私は、本申請書の利用内容について、町が受託機関に情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名				

※町記入欄

母子の状況		利用料 減額の 有無	1 有 2 無
申請受付日	年 月 日	決定日	年 月 日 承認・不承認

阿武町長 あて

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、阿武町の健康福祉課が母子保健法第22条に基づく事務手続きを処理するために限り 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してよい。
- 4 同意が必要な者の数が書名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。