

様式第1（第7条関係）

年　月　日

大口町産後ケア事業利用申請書

大口町長 様

大口町産後ケア事業を下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな 氏名		生年 月日	年　月　日（　歳）
	住所	大口町	電話番号	
緊急連絡先	氏名	申請者との続柄		
	住所	電話番号		
出産（予定）医療機関				
出産（予定）日	年　月　日	在胎週数	週　日	
乳児の氏名 ※出生前の場合は記入は不要です		出生体重	g	
		出生体重	g	
申請理由	1 産褥期の身体的回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 産後の経過に応じた休養や栄養等日常生活面に不安がある 4 その他（ ）			
利用期間	宿泊型	年　月　日から 年　月　日まで	利用施設名	
	通所型	年　月　日、 年　月　日 年　月　日、 年　月　日	利用施設名	
	居宅 訪問型	年　月　日（：～：）、 年　月　日（：～：） 年　月　日（：～：）、 年　月　日（：～：）		
特に希望するサービス内容	1 産後の母体管理及び生活面について　2 乳房ケア 3 授乳、沐浴等の育児方法 4 その他（ ）			
産後心配していること	アレルギー： 無・有（ ）			

世 帯 構 成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	職業
階層区分（該当に○をつける）	課税世帯・町県民税非課税世帯・生活保護受給世帯				
利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の減免はできません ※本町において減免対象世帯であることが確認できる場合には不要です	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 町県民税非課税証明書（世帯全員が非課税であることが確認できる証明書）				
1 大口町産後ケア事業利用申請及びサービス利用に必要な情報を事業者に情報提供することに同意します。また、申請者の健康状態について、事業者から大口町に情報提供することに同意します。 2 申請者に係る階層区分を確認するために、大口町が審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び納税情報（世帯の情報を含む）を調査または閲覧することに同意します。					
年 月 日					
大口町長様					
氏名					