

様式第 1

岩手町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄)

電 話

産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

利用者住所	岩手町 (電話)				
利用者 ※欄の記入は 出産前の申請 の場合は不要 です。	ふりがな	生年月日			
	氏名 (初・経産)	年 月 日 (歳)			
	※ふりがな 乳児氏名 (第 子)	出生日 (又は出生予定日) 年 月 日			
	出産 (予定) 医療機関	※在胎週数 週 ※出生体重 g			
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	年 齢	職 業
		利用者			
申請理由 (具体的に)					
希望するケア	<input type="checkbox"/> デイサービス型 (施設名:) <input type="checkbox"/> 訪問型 (希望時期 頃)				
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号				
同意欄 ※同意の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 岩手町が利用申請の審査のため住民基本台帳による世帯状況を調査・閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額決定のため、住所を同じくする世帯員の岩手町町民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 <input type="checkbox"/> 利用に必要な情報を産後ケア実施者に情報提供することに同意します。また、利用に必要な情報や健康状態について産後ケア実施者から岩手町に情報提供することに同意します。				

岩手町使用欄

受付番号		承認番号	(県補助：有・無)
備 考			