様式第１号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

産後ケア事業利用申請書

南会津町長

　 申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 住　　所 | | | （〒　　－　　　）  南会津町  　電話 | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 児の氏名 | | | 男・女  （第　子） | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 出産（予定）  施　設　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 出産（予定）  年　月　日 | | 年　　月　　日 | | | | | 退院（予定）  年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 利用内容 | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類  （希望する事業を○で囲む） | | | | | 利用希望期間 | | | | 利用を希望する施設 | | | |
| 宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア | | | | | 年 月 日  （～ 年 月 日） | | | |  | | | |
| 宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア | | | | | 年 月 日  （～ 年 月 日） | | | |  | | | |
| 宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア | | | | | 年 月 日  (～ 年 月 日） | | | |  | | | |
| 利用する理由（具体的に記入してください） | | | | | | | | | | | | |
| 利用施設への情報提供に関する同意　※同意する場合、☑を入れてください。  　申請書の内容について、利用施設に情報提供することに同意します。　　　　　　　　　□  　産後ケアの利用状況について、利用施設から南会津町へ情報提供することに同意します。□ | | | | | | | | | | | | |
| ※以下の欄は記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | 年　月　日 | | | 決定年月日 | | 年　月　日 | | | | 承認・不承認 |