

土庄町長 様

申請者 住所
(利用者) 氏名

※署名又は記名押印

土庄町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

なお、私が土庄町産後ケア事業を利用するに当たり、当該事業に係る負担金を判定するために、私及び私と同一世帯に属する者に係る住民基本台帳の記録の状況、課税状況及び生活保護の受給状況について調査すること、並びに情報を医療機関等に提供することに同意します。

申請に当たり土庄町から利用施設にサービス利用に必要な情報を提供すること、また、利用施設から土庄町への利用者の健康状態等の情報の提供を行うことに同意します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規（ 回目申請） <input type="checkbox"/> 変更		
(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所及び連絡先	土庄町 電話（ ）		
子の氏名	(第 子)	出生時の体重	g
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産（予定）施設名			
利用種別・日数	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) 型	年 月 日～	年 月 日 () 日間
	<input type="checkbox"/> 通所 (デイサービス) 型	年 月 日、	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問 (アウトリーチ) 型	年 月 日、	年 月 日 () 日間
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入してください)			
※担当者記入欄	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯