

中標津町産後ケア事業利用申請書

中標津町長 様 令和 年 月 日

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。（※太枠内をご記入ください）

利用者	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所	中標津町				
				電話番号		
	緊急連絡先	氏名： 続柄		電話番号		
	ふりがな			※多胎の場合		
	子の氏名			氏 名		
	生年月日	令和 年 月 日 (第 子)		出生体重		
世帯構成 (利用者は除く)	氏 名	性別	続柄	生年月日	職業・学校	
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
アレルギー	☐ なし ☐ あり→（症状 ）					
既往歴・服薬	☐ なし ☐ あり→（疾患名 服薬名 ）					
住民税 課税状況	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯					
利用希望内容						
事業の種類	☐ 宿泊型 ☐ 日帰り型 ☐ 日帰り型（母乳育児相談のみ）・訪問型					
同意欄						
1. 本事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、町が利用者及びその配偶者の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。 2. 本事業の利用にあたり、町と実施施設において利用者の情報を共有することに同意します。 3. 産後ケア利用後に、公費負担を除いた自己負担金を施設に直接支払います。 4. 母子に医療行為が必要と判断された場合、本事業が利用できなくなることを了承いたします。						
本人署名 ㊞						
町記入欄	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				本登録日 年 月 日	