

様式第1号（第7条関係）

美浜町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

美浜町長 様

申請者住所  
氏 名  
(利用者との関係 )  
電話番号

美浜町産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所	(電話)				
	フリガナ 子の氏名		男・女	出生時体重	g	第 子
	出産日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日		
	出産施設名					
	町民税 課税区分	町民税課税世帯	町民税非課税世帯	生活保護世帯		
利用内容						
事業の種類 (希望する事業を○で 囲んでください)	利用希望機関 (産後1年以内)			希望する実施機関		
ショートステイ型	年 月 日 ~	年 月 日				
デイサービス型・ アウトリーチ型	年 月 日 ~	年 月 日				
申請理由 (具体的に記入してく ださい。)						
同意欄 1. 利用料の確認のため、利用者及びその世帯の課税状況について閲覧すること。 2. 事業の利用にあたり、医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること及び医療機関等が町に対して必要な個人情報を提供すること。 上記について同意します。 (申請者) _____ ※以下の欄は町が記載します。						
申請受付日	年 月 日	決定日	年 月 日	承認・不承認		
産後ケア実施機関名						