

平群町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

平群町長様

申請者 住所 _____
氏名 _____

私は、下記のとおり平群町産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所	〒 平群町	電話番号	自宅 携帯	
世帯の区分 ()内に○		()一般世帯 ()非課税世帯 ()生活保護世帯	出産医療機関 (助産所)名		
赤ちゃんについて	フリガナ		出生体重		在胎週数 週 日
	氏名		g		
	フリガナ		出生体重		在胎週数 週 日
	氏名		g		
緊急 連絡先	フリガナ		利用者 との関係		
	氏名				
	住所		電話番号	自宅 携帯	
世帯構成	氏名		生年月日(年齢)		続柄
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
希望するサービス		希望する日時			合計
ショートステイ(短期入所型)		年 月 日 ~ 年 月 日			泊 日
		年 月 日 ~ 年 月 日			
デイサービス(通所型)		年 月 日			日間
		年 月 日			
		年 月 日			
アウトリーチ(居宅訪問型)		年 月 日			回
申請理由 (具体的に)					
特に希望する 内容		1. 授乳についての相談(乳房の手当て、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等)			
		2. 育児に関する相談(赤ちゃんのお風呂や着替え等の身の回りのお世話全般について)			
		3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談			
		4. その他()			

裏面もご記載ください

同意欄

1. 産後ケア事業の利用にあたり、平群町が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること、及び利用施設が平群町に必要な個人情報を提供すること。
2. 実施施設の状況により、希望の日に利用できない場合もあること。
3. 申請後当産後ケアの利用について中止や変更が必要な場合は、定められた期限までに利用施設へ連絡すること。その場合、定められた金額を支払う場合があること。
4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用施設に対して自己負担額を支払うこと。
5. 利用料に係る世帯区分等を確認するために審査に必要な範囲で、住民基本台帳による世帯状況、世帯構成員の市町村民税課税状況及び生活保護受給の有無について、町が調査すること。

以上のことに同意します。 _____ 年 月 日 氏名 _____