

年 月 日

新地町 産後ケア事業利用申請書

新地町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

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	ふりがな 母の氏名		母の 生年月日	年 月 日（歳）
	住所	（〒 - ） 電話番号 - -		
	ふりがな 児の氏名		児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			出生体重	g
世帯の 所得状況	☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生活保護			

利用内容

事業の種類 (希望する事業を○で 囲んでください)	利用希望期間	利用を希望する施設等
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア (半日／一日)	年 月 日 (～ 年 月 日) 合計 回	
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア (半日／一日)	年 月 日 (～ 年 月 日) 合計 回	
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア (半日／一日)	年 月 日 (～ 年 月 日) 合計 回	

利用する理由（具体的に記入してください）

(県助産師会への情報提供等に関する同意) ※同意する場合、☑を入れてください。

申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を県助産師会に情報提供することに同意します。 ☐

また、産後ケアの利用状況について、県助産師会から市町村へ情報提供することに同意します。 ☐

※以下の欄は町が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------

〈裏面〉

※町民税非課税世帯の方

課税状況が記録された証明書をお持ちいただくか、下記の同意書に記入してください。

なお、住民登録が1月1日時点で新地町以外にある場合は、課税状況が記載された証明書をお持ちください。

同意書

産後ケア事業の利用料減免にあたり、申請者の住民登録および世帯の課税状況について照会を行うことに同意します。

年 月 日

申請者氏名(自署)

世帯員氏名	生年月日	申請者との続柄
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※生活保護世帯の方

同意書

産後ケア事業の利用料減免にあたり、新地町が申請者(産後ケア利用者)の生活保護状況について確認することに同意します。

年 月 日

申請者氏名(自署)