

産後ケア事業利用申請書

富岡町長 様

申請者 住所

氏名

連絡先(電話)

次の通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	〒 ー		
	ふりがな 児の氏名		児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関名		妊娠週数	週 日
			出生体重	g
利用内容				
事業の種類 (希望する事業に○)		利用希望期間		利用希望医療機関等
	ショートステイ型(宿泊)	年 月 日から 年 月 日		
	デイサービス型(日帰り)	(合計 日間)		
	アウトリーチ型(訪問)			
	ショートステイ型(宿泊)	年 月 日から 年 月 日		
	デイサービス型(日帰り)	(合計 日間)		
	アウトリーチ型(訪問)			
	ショートステイ型(宿泊)	年 月 日から 年 月 日		
	デイサービス型(日帰り)	(合計 日間)		
	アウトリーチ型(訪問)			
利用医療機関等への情報提供等に関する同意 ※同意する場合、 ☒ してください				
利用料にかかる世帯区分を確認するために、審査に必要な範囲で、富岡町が申請者と生計を同一とする者に係る市町村民税の課税台帳等関係公募を閲覧することに同意します。 ☐				
申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を、利用医療機関等に情報提供することに同意します。 ☐				
産後ケアの利用状況について、利用医療機関等から市町村へ情報提供することに同意します。 ☐				