

佐川町長 様

## 佐川町産後ケア事業利用申請書

## 【申請者】

住所：佐川町

氏名：

利用者との続柄

電話番号：

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。なお、この申請に当たり私の世帯の町民税の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。また、委託先へ申請事項等の記載内容を情報提供すること、本事業の利用状況等を佐川町の母子保健事業に活用していくことに同意します。

ふりがな 利用者氏名	-----	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	佐川町		
電話番号	携帯 (本人)		
緊急連絡先	氏名 (続柄： ) 電話 (携帯)		
出産 (予定) 日	年 月 日	ふりがな 児氏名	男 ・ 女 (第 子)
出産 (予定) 医療機関			
申請理由 (具体的に記入 してください)	<input type="checkbox"/> 家族から十分な支援が得られない <input checked="" type="checkbox"/> 体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児不安がある (育児方法や授乳、体重の増えが心配) <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 育児のサポート <input type="checkbox"/> 日常生活のサポート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
利用したい事 業の区分	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型 ( <input type="checkbox"/> アニタ助産院 <input type="checkbox"/> 浅井産婦人科・内科 <input type="checkbox"/> はぐあす <input type="checkbox"/> どこでもよい)		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
※担当者記入欄	決定内容 : 承認 ・ 不承認 承認通知書送付日 : 年 月 日 (承認No ) 非課税・生活保護 : 確認		
自己負担額	訪問型 円 通所型 円 利用回数 回以内 宿泊型 円 最大利用宿泊数 泊 日		

※世帯の区分は、当該年度の町民税(4月から6月までの利用に係る申請は、前年度町民税)の状況を確認します。町の台帳で確認できない場合は、別途あなたの世帯の所得証明書等の資料を求めることがありますのでご了承ください。

※生活保護世帯の方は生活保護受給証明書の提出をお願いします。

※サービス利用時点で、産婦及び乳児の両者が本町に住民票のある方が対象となります。