

(表)

別記様式第1号(第6条関係)

大泉町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住所
氏名
電話
(利用者との関係)

大泉町産後ケア事業を利用したいので、大泉町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請いたします。

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|-----|
| 利用者住所 | 申請者と同じ <input type="checkbox"/> | 大泉町 | 電話 |
| (ふりがな) 利用者氏名(母) | 申請者と同じ <input type="checkbox"/> | 生年月日: 年 月 日(歳) | |
| (ふりがな) 利用者氏名(児) | | 生年月日: 年 月 日 | |
| | 出生体重 g | 男・女 | 第 子 |
| 利用希望方式 | 1 宿泊型産後ケア(利用施設:) 2 日帰り型産後ケア(利用施設:) 3 訪問型産後ケア | | |

(注1) この申請書を提出する時は、母子健康手帳を持参してください。

※町記入欄

| | | | |
|-------|-------|-------|--|
| 母子の状態 | | | |
| 申請受付日 | 年 月 日 | 利用開始日 | 年 月 日 ~ |
| 決定年月日 | 年 月 日 | 世帯区分 | <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 |

(裏)

大泉町産後ケア事業を利用するにあたり、利用者が次の事項に同意した上で、大泉町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、申請いたします。

【利用者が同意する場合は、チェックしてください】

- この事業の利用の承認に必要な範囲で、利用者及び利用者の世帯に係る住民基本台帳、課税状況及び生活保護費の受給状況を関係職員が調査のため閲覧すること。
- この申請書の内容を町から産後ケア利用施設に提供すること及び利用者の健康状況等を町が産後ケア利用施設から提供を受けること。
- この事業の利用時の状況を保健指導及び健康診査並びに子育て支援への利用に必要な範囲内で、大泉町こども家庭センター等の関係機関に提供すること。