

大山崎町産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

大山崎町長 様

年 月 日

私は、以下のとおり大山崎町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名				生年月日	年 月 日		
	住所	大山崎町			電話			
	緊急連絡先	氏名			(申請者との関係)			
		住所						
	乳児の氏名			出生日	年 月 日			
	出産医療機関			妊娠期間	週	出生体重	g	
	乳児の氏名			出生日	年 月 日			
出産医療機関			妊娠期間	週	出生体重	g		
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	保育園・勤務先等	氏名	続柄	生年月日	保育園・勤務先等
世帯の区分	( ) 生活保護世帯・町民税非課税世帯							
( ) に○をつけて下さい	( ) 町民税課税世帯							
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的回復に不安 <input type="checkbox"/> 育児について不安 <input type="checkbox"/> 日常生活において不安 <input type="checkbox"/> 育児、家事等の支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 ( )			希望する 支援内容	<input type="checkbox"/> 産婦の心身、栄養、生活相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談、簡単な乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発達、発育相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	希望するサービス	希望する日			利用開始時刻	利用終了時刻		
<input type="checkbox"/> 産後ショートステイ	年 月 日 ~ 月 日			:	:			
	年 月 日 ~ 月 日			:	:			
<input type="checkbox"/> 産後デイケア	年 月 日 ~ 月 日			:	:			
	年 月 日 ~ 月 日			:	:			
利用希望医療機関等								
産後心配していること								
アレルギー：無・有 ( )								
(1)委託事業の実施にあたり、大山崎町が委託医療機関に対して必要な個人情報を提供すること及び委託医療機関が大山崎町に対して必要な個人情報を提供することについて同意します。 (2)大山崎町が審査に必要な範囲において、私及び配偶者の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。 (3)利用者の都合により、サービスの日程を変更・中止する場合において、利用日の前々日以降は、利用料全額を支払うことに同意します。								
署名	その他備考							
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	※大山崎町確認欄 (記入は不要です)						
	<input type="checkbox"/> 町民税課税証明書	夫	所得金額			円		
		妻	所得金額			円		
			控除額			円		
		合計			円			

※受入調整等のために、原則として利用開始日の3営業日以上前に町へ本申請書を提出すること。