

竜王町長

申請者 住 所
氏 名
電 話

竜王町産後ケア事業利用申請書

竜王町産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利用者	ふりがな 氏名（産婦）		生年月日	年 月 日
	住所	竜王町大字		
	ふりがな 氏名（児）		生年月日	年 月 日（第 子）
	在胎週数	週 日	出生体重	g
	出産医療機関			
	かかりつけ医			
利用希望	短期入所型 (ショートステイ型)	年 月 日～ 年 月 日（ 日）		
	通所型 (デイサービス型)	年 月 日～ 年 月 日（ 日）		
	居宅訪問型 (アウトリチ型)	年 月 日		
申請理由	1 出産後の身体的機能の回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 精神的な不安がある 4 日常生活において不安がある 5 その他（ ）			
同意書	<ul style="list-style-type: none"> 世帯構成について、町が調査をすること。 世帯構成員の市町村民税課税状況について、町が調査を行うこと。 この申請書の内容を竜王町産後ケア事業実施施設に提供することおよび利用者の健康状態等について実施施設が町に情報提供すること。 利用のキャンセルまたは日程変更を利用日の3日前の正午までに実施施設に連絡をしない場合、自己負担が発生すること。 上記について、同意します。 署名 _____			

※町確認欄

面接日	年 月 日
審査結果	1 承認 2 不承認 理由 ()
世帯区分	1 生活保護世帯 2 市町村町民税非課税世帯 3 課税世帯

受 付 印