

綾川町長 殿

申請者 住所
氏名 ⑩
(利用者との関係)
電話

綾川町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

なお、申請につき町が住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他（ 回目の申請）		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	綾川町 電話（ ）		
子の氏名		出生体重	g（第 子）
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産（予定）施設名			
利用希望事業・期間	<input type="checkbox"/> 産後ショートステイ	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	<input type="checkbox"/> 産後デイケア	年 月 日～ 年 月 日（うち 日）	
		利用予定日（ ）	
利用希望助産所	<input type="checkbox"/> ぼっこ助産院 <input type="checkbox"/> みゆき助産院 <input type="checkbox"/> ki:no助産院 <input type="checkbox"/> 助産師（アウトリーチ）		
申請理由 (具体的に記入してください)			
利用料区分	1、生活保護世帯 2、町民税非課税世帯 3、課税世帯		
※担当者記入欄			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
非課税世帯、生活保護世帯の方は、証明できる書類が必要となります。

記入例

令和3年10月3日

綾川町長 殿

申請者 住所 綾川町陶1720-1

氏名 綾川 太郎

(利用者との関係 夫)

電話 090-12xx-34◇◇

綾川

綾川町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

なお、申請につき町が住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他（ 回目の申請）		
利用者氏名	綾川 いき子	生年月日	昭和60年 1月 1日
住所	綾川町 陶1720-1 電話（080-43xx-21◇◇）		
子の氏名	綾川 えがお	出生体重	3000g（第1子）
出産（予定）日	令和 3 年 10月 1日	退院（予定）日	令和3年 10月 6日
出産（予定）施設名	アンザン産婦人科医院	1回の申請につき5日まで（連続した利用の場合でも2枚目の申請用紙にご記入下さい）	
利用希望事業・期間	<input checked="" type="checkbox"/> 産後ショートステイ	R3年10月7日～R3年10月11日（5日間）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 産後デイケア	R3年10月12日～R3年11月12日（うち7日） 利用予定日（10月18日、10月25日）	
利用希望助産所	<input checked="" type="checkbox"/> ぼっこ助産院 <input type="checkbox"/> 松本助産院	利用予定期間や予定日は、申請時の状況をご記入下さい	
申請理由 （具体的に記入してください）	産後の体調不良（どんな状況？） 育児に不安がある（どんなことに？）		
利用料区分	1、生活保護世帯 2、町民税非課税世帯 3、課税世帯		
※担当者記入欄			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
非課税世帯、生活保護世帯の方は、証明できる書類が必要となります。