

田原本町産後ケア事業利用申請書兼同意書

田原本町長 殿
 申請者 (母親) 住所 田原本町
 氏名
 電話番号
 (連絡のつきやすい番号)

田原本町産後ケア事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

利用者 (母親)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	出産日	年 月 日				
出生児	ふりがな 氏名		第 () 子 男・女	ふりがな 氏名		第 () 子 男・女
	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
世帯構成 (母親・出生児以外)	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯					
申請理由	1. 産後に心身の不調がある。 2. 育児に対して不安がある。 3. 親族等から支援が受けられず、家事、育児等の日常生活を行うことが困難 4. その他					
利用希望施設	・デイサービス ・ショートステイ		施設名 ()			※希望する施設を全て記入

次の同意書にご記入ください。

同意書
1. 田原本町産後ケア事業の利用に当たり、「情報提供書」の内容について確認すること。 2. 田原本町より必要な個人情報を利用施設に提供すること及び利用施設が利用者の健康状態等について田原本町に情報提供すること。 3. 実施施設の状況により、希望の日程に利用できないことがあること。 4. 産後ケア終了後、利用施設に対して自己負担額を支払うこと。 5. 利用者の都合にて日程を変更し、又は中止する場合は、定められた期限までに連絡すること。また、その場合、田原本町産後ケア事業実施要綱第 9 条第 2 項に従い、支払が発生する場合があること。 6. 利用当日に感染症の疑いがある場合又は医療行為の必要な場合は、利用できないこと。 以上のことに同意します。
年 月 日 氏名 (署名)

(裏)

【町処理欄】 ※記入しないでください。

受付

申請時期	1. 妊娠期 2. 出産後
利用の可否	1. 該当 2. 非該当
世帯区分確認	1. 生保 2. 非課税 3. 課税
多胎	1. あり 2. なし
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 課税状況等証明書等