

日高川町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

日高川町長 様

申請者住所

氏名

(利用者との関係)

電話番号

日高川町産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	日高川町 (電話)				
	フリガナ 児の氏名		男・女	出生時体重	g	第 子
	出産日		退院(予定)日	年 月 日		
	出産施設名					
	町民税 課税区分	町民税課税世帯	町民税非課税世帯	生活保護世帯		
利用内容						
事業の種類 (希望する事業を○で 囲んでください)	利用希望期間				希望する実施機関	
宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日					
デイサービス型 アウトリーチ型	年 月 日 ~ 年 月 日 (産後 12 か月未満)					
申請理由 (具体的に記入してく ださい。)						
利用実施機関への情報提供						
申請書の内容について利用実施機関に情報提供することに				(同意します・同意しません)		
町民税課税区分を確認することに				(同意します・同意しません)		
※以下の欄は町が記載します。						
申請受付日	年 月 日	決定日	年 月 日	承認・不承認		
産後ケア実施機関名						