

様式第1号（第7条、第9条関係）

松崎町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

松崎町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

次のとおり産後ケア事業を利用したいので、松崎町産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

申請の種類	(該当する番号を○で囲む) 1 新規 2 継続		
利用者氏名		生年月日	
父の氏名		生年月日	
子の氏名	男・女	出生時の体重	g 第 子
出産施設名			
出産予定日	年 月 日	出 産 日	年 月 日
退院予定日	年 月 日	退 院 日	年 月 日
利用種別 (該当する箇所にレ点を記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 日帰り型	<input type="checkbox"/> 訪問型
利用希望日			
利用日数	泊 日	日	日
申請理由	(具体的に記入してください。)		
※母子の状態			
※申請受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日
※産後ケア事業実施事業所			

注) 1 申請者氏名欄は、申請者が記名押印してください。

2 ※印欄は、担当者等が記入しますので、記入しないでください。

(裏 面)

同 意 書

私は、産後ケア事業の利用に係る自己負担金等の算定等に当たり、下記同意事項を松崎町が行うことに同意します。

同意事項

松崎町産後ケア事業の利用に当たり、自己負担金額の算定に必要があるときは、該当者の属する世帯員の町県民税及び所得税の課税状況等について、関係機関に照会することに同意します。

年 月 日

松崎町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印