様式第1号(第6条関係)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

吉備中央町長　様

吉備中央町産後ケア事業利用申請書

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　吉備中央町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄

電話番号

緊急連絡先（氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 子の名 |  | | 出産日 |  |
| 出産医療機関 |  | | | |
| 退院(予定)日 |  | かかりつけ医連絡先 | |  |
| 利用希望  実施機関 |  | | | |
| 希望するサービスの種類・利用希望期間 | □宿泊型ケア  年　　月　　日　～　　　年　　月　　日(　　泊　　日)  □デイサービス型ケア  年　　月　　日　～　　　年　　月　　日(　　　　　日) | | | |
| サービスを利用する理由 | □支援者を得ることが困難　　　□心身の不調　　　　□休養  □強い育児不安　□安定した育児・日常生活が困難  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 同　意　書 | 産後ケア事業の利用にあたり、下記のことに同意します。  １．町が所得状況及び世帯状況について調査することに同意しま  す。  ２．実施機関と協力した支援を行うため、必要な個人情報の収集及  び提供を行うことに同意します。  　　年　　月　　日　　　　氏　名 | | | |