

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	<input type="checkbox"/> 宿泊型ケア 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)				
	<input type="checkbox"/> デイサービス型ケア 年 月 日 ~ 年 月 日 (日)				
	<input type="checkbox"/> 訪問型ケア 年 月 日				
サービスを利用する する理由	<input type="checkbox"/> 支援者を得ることが困難 <input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 強い育児不安 <input type="checkbox"/> 安定した育児・日常生活が困難 <input type="checkbox"/> 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 _____			