

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 _____		