

富士見町産後ケア事業（宿泊型・通所型）利用申請書

富士見町長 様

次のとおり富士見町産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請の区分		1 宿泊型		2 通所型		
		1 新規申請		2 利用日数延長		
申請者 (利用者)	氏名				生年月日	年 月 日(歳)
	住所	(〒 —) 富士見町			電話番号	
	緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号				
	子の氏名		男・女	第 子	生年月日 年 月 日 (ヲ月)	
	子の氏名		男・女	第 子		
申請者以外の家族の 状況		氏名	続柄	年齢	氏名	続柄 年齢
出産(予定)施設名						
出産(予定)年月日		年 月 日	退院(予定)年月日		年 月 日	
利用(予定) 期間	宿泊型	年 月 日から 年 月 日まで (泊 日)				
	通所型	年 月 日から 年 月 日まで (日間)				
利用(予定)医療機関名						
事業の利用を希望する理由（該当するものに○・その他の場合困りごと等を具体的に記入） ア 身体的な不調等があり、休養を要するため。 イ 不安があり、心理的なケアを要するため。 ウ 育児手技の習得・定着のため。 エ その他（ ）						
個人情報閲覧・ 提供同意欄		私が事業を利用するにあたり、富士見町産後ケア事業実施要綱第9条に規定する利用者負担額を決定するため、私が属する世帯の住民基本台帳及び生活保護者名簿又は課税台帳を閲覧すること並びに医療機関等へ利用者申請書の写しを提供することに同意します。 氏名 (署名の場合印不要) ※世帯構成員の同意を得た上で署名してください。				