様式第１号（第６条関係）

幕別町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

幕別町長　様

申請者 郵便番号

住　　　所

氏　　　名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄　　　　　　　　）

　幕別町産後ケア事業実施要綱の規定により、産後ケア事業を利用したいので、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 | | | | | |
| 利用者住所 | □申請者に同じ  幕別町 | | | | | |
| 利用者氏名 |  | | | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 子の氏名 |  | | | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 申請理由 |  | | 心身の不調や育児不安がある | | | |
|  | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | |
| 利用回数 | 回 | | | | | |
| 利用事業所名 |  | | | | | |
| 同意欄 | 1. 利用日の調整は、利用者と委託助産所等が直接行います。場合によっては希望に添えないことがあります。 2. 当該事業に必要な情報を委託助産所等に提出し、町に報告されます。 3. 当該事業の自己負担額の決定にあたり、町が公簿等により利用者の属する世帯の課税状況及び生活保護の受給状況を確認します。   上記①②③に同意します。　　　　利用者署名 | | | | | |
| ※町記入欄 | | | | | | |
| 受付年月日 | 年　月　日 | | | 決定日 | | 年　月　日 |
| 世帯区分 | | ・生活保護世帯　　・町民税非課税世帯　　・町民税課税世帯 | | | | |
| 処理欄 | | ・受付　　　・決定通知発行　　・入力 | | | | |

（注）この申請を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。