

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

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。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名		生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	在胎週数	週 日
利用者連絡先	〒 幕別町 電話番号 () -		
緊急連絡先	氏名	申請者との関係	
	住所	電話番号	
申請理由 (該当するもの全てに☑を記入してください)	☐ 産後の体調（身体的、心理的）の不安があるため ☐ 母乳育児等の相談のため ☐ 育児手技（沐浴等）の相談のため ☐ 母又は子の長期入院等があり、育児に不安があるため ☐ その他 ()		
希望するサービス	該当するものに☑を記入してください ☐ 訪問型 ☐ デイサービス型		
利用事業所名			
利用期間	(訪問型)	年 月 日～	年 月 日
	(デイサービス型)	年 月 日～	年 月 日
利用可能回数	4 回（単胎） ・ 8 回（多胎児）		
同意欄	① 当該事業に必要な情報を委託助産所等に提出し、町に報告されることを了承します。 ② 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することに同意します。 上記①②に同意します。 申請者署名 _____		

※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。