

様式第1号（第8条関係）

黒潮町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

黒潮町長 様

次のとおり黒潮町産後ケア事業（以下「事業」という。）の利用を申請します。

ふりがな 申請者氏名	-----		生年月日	年 月 日（ 歳）	
ふりがな 乳児氏名	-----		生年月日	年 月 日	
住 所	黒潮町 電話番号（ ）				
緊急連絡先 （申請者以外）	氏名	続柄	電話番号（ ）		
世帯区分	☐ 町民税課税世帯 ☐ 町民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
利用希望	希望日				
	☐ 宿泊型	年 月 日～		年 月 日	
		年 月 日～		年 月 日	
		年 月 日～		年 月 日	
	☐ 通所型	年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日			
☐ 訪問型	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
病気等	今までかかった病気について		☐ なし ☐ あり（ ）		
	現在、通院中の病気について		☐ なし ☐ あり（ ）		
	アレルギーについて		☐ なし ☐ あり（ ）		
申請理由	☐ 自分の体調に不安がある ☐ 育児に不安がある ☐ 授乳に不安がある ☐ その他（ ）				
産後心配 していること					
同意書 私は、この申請に当たり、次の事項に同意します。 (1) 事業の利用審査及び利用者負担額決定に当たり、黒潮町長が申請者及びその世帯員の町民税課税状況、町税納付状況、生活保護世帯、住民基本台帳等の事務処理に必要な資料を閲覧すること及び、当該調査により確認ができない場合は、黒潮町長が求める必要書類等を提出すること。 (2) 事業を実施するために、申請書及び決定通知の内容を委託医療機関に提供すること並びに利用者の状況等について、委託医療機関から黒潮町に情報提供をすること。 (3) 事業の利用時に利用者負担額を委託医療機関に支払うこと。 (4) 母子保健サービス提供のために事業利用時の状況等に関する情報を黒潮町が利用すること。 (5) 事業を受けた結果に基づき、黒潮町から連絡することがあること。 申請者氏名 _____ ※ 氏名は自署又は記名押印により記入					

※事業利用時点で、産婦及び乳児のどちらかの住民票が黒潮町にない場合は、利用料が全額自己負担となります。

※町担当者記入欄	承認通知書送付日： 年 月 日 （ 承認 ・ 不承認 ）
----------	------------------------------