様式第１号（第６条関係）

神川町産後ケア事業利用申請書

年　　　月　　　日

（あて先）神川町長

　神川町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  利用者氏名 | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 利用者住所 | | 神川町 | | | 電話番号 |  |
| ふりがな  乳児氏名 | | 男・女  男・女 | | | 出生体重 | ｇ  　　　　　　ｇ |
| 子の生年月日（予定日） | | 年　　　月　　　日 | | | 出産施設名 |  |
| 世帯構成 | 氏名（ふりがな） | | | 続柄 | 職業 | 生年月日 |
|  | | |  |  | 年　　月　　日 |
|  | | |  |  | 年　　月　　日 |
|  | | |  |  | 年　　月　　日 |
|  | | |  |  | 年　　月　　日 |
| 申請理由 | | | □　出産後の身体機能の回復について不安がある  □　育児について不安がある  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 希望する支援 | | | □　母子の健康管理　　□　生活面の指導　　□　乳房管理  □　授乳等の育児指導　□　もく浴指導　　　□　療養上の援助  □　その他必要な支援（具体的な内容　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用希望施設 | | | 第１希望（　　　　　　　　　　　　　）第２希望（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 希望するサービス | | | □　宿泊型　　年　月　日（　　）から　年　月　日（　　）まで（　　泊　　日） | | | |
| □　日帰り型　　　年　　／　、　／　、　／　、　／　、　／ | | | |
| □　訪問型　　　　 年　　／　、　／　、　／　、　／　、　／ | | | |
| 事業利用の有無 | | | 今回の出産において　□利用は初めて　　□利用あり（　　　）型（　　）回 | | | |
| 課税状況等 | | | □　一般世帯　　　　　□　市町村民税非課税世帯　　　　□　生活保護世帯 | | | |
| 事業利用にあたり、必要な情報を医療機関等と共有することについて同意します。また、利用料区分の確認のため、町が住民基本台帳による世帯状況及び世帯の所得状況を調査することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名 | | | | | | |

※町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 | 年　　　月　　　日 | 番　号 |  |
| 要件確認 | □住所　　　□利用料区分（一般世帯、市町村民税非課税世帯、生活保護世帯） | | |
| □所得課税証明書(非課税世帯)　　□受給証(生活保護世帯) | | |
| 審査結果 | □利用承認　□利用不承認 | | |