

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
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体機能の回復について不安がある <input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> その他（ ）		
希望する支援	<input type="checkbox"/> 母子の健康管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> もく浴指導 <input type="checkbox"/> 療養上の援助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日（ ）から 年 月 日（ ）まで（泊 日）		
	<input type="checkbox"/> 日帰り型 年 / / / / /		
	<input type="checkbox"/> 訪問型 年 / / / / /		
事業利用の有無	今回の出産において <input type="checkbox"/> 利用は初めて <input type="checkbox"/> 利用あり（ ）型（ ）回		
課税状況等	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 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）		
	<input type="checkbox"/> 所得課税証明書（非課税世帯） <input type="checkbox"/> 受給証（生活保護世帯）		
審査結果	<input type="checkbox"/> 利用承認 <input type="checkbox"/> 利用不承認		

