様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　　日

佐呂間町長　　　　様

佐呂間町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、佐呂間町産後ケア事業の利用を申請します。　 （※太枠の中をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | 佐呂間町字  電話番号（　　　　　　　　）　携帯電話（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出産（予定）医療機関 |  | | 母子手帳No. | |  |
| 利用希望日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| （ふりがな）  子の氏名 |  | 性別 | □生年月日  □予定日 | 年　 月 日 | |
| 男 ・ 女 |
| 申請理由  （該当するもの全てに☑してください。仮登録の場合は記入不要です） | □①家族等から十分な支援が得られない  □②産後の疲れが取れない  □③産後、気持ちの落ち込みや不安がある  □④母体ケア（乳房手当てやトラブルケア等）について相談したい  □⑤育児（授乳・抱っこ等）について相談したい  □⑥子の発育・発達について相談したい  □⑦その他（具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 《同意書》  ①利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。  　　②当該事業に必要な情報を、事業者に提供する場合があります。  　　③利用の結果については、事業者から佐呂間町に報告されます。  　　④利用可能期間や回数を超えて利用することはできません。  　　⑤佐呂間町産後ケア事業利用証を提示せずに、本事業を利用することはできません。  　　⑥当該事業の自己負担額の決定にあたり、佐呂間町が申請者の属する世帯の町民税課税状況及び生活保護受給状況を確認します。  　上記①～⑥に同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 | | | | | |

【町記入欄】

* 町民税課税世帯　　　□　町民税非課税世帯　　　□　生活保護受給世帯