

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 男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 予定日 年 月 日
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)	<input type="checkbox"/> ①家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> ②産後の疲れが取れない <input type="checkbox"/> ③産後、気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ⑤育児（授乳・抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> ⑥子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> ⑦その他（具体的内容 ）		
世帯種別 (該当するものに☑を付けて ください)	<input type="checkbox"/> 課税世帯 ・ <input type="checkbox"/> 非課税世帯 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯※ ※生活保護受給について確認できる書類を添付ください		
《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、事業者を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佐呂間町が町民課税状況を確認します。  上記①～⑥に同意します。  年 月 日 申請者氏名 _____			