様式第１号（第６条関係）

産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

南大隅町長　殿

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　 　　　　　印

　　　　　　 　（利用者との関係　　　　　）

　　　　　　 携帯電話

　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。

　事業の利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日  　　　　　　　（　　　）歳 | |
| 住所 |  | 出産日 | 年　　　月　　　日 | |
| 出産医療機関名 | |  | 退院日 | 年　　　月　　　日 | |
| 子の状況 | 氏名 |  | 出生時体重 | ｇ | 第　　子 |
| 氏名 |  | 出生時体重 | ｇ | 第　　子 |
| 利用施設名 | |  | | | |
| 利用希望期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（計　　　日間） | | | |
| 利用内容 | | □　宿泊サービス  □　日帰り型サービス  □　アウトリーチ型サービス | | | |
| 申請理由 | | □　産後に心身の不調又は育児不安がある。  □　家族から十分な家事、育児などの支援が受けられない。  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備　考 | |  | | | |

母子健康手帳を添えて提出してください。

＊町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 決定年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　□利用決定　　□利用却下 |
| 世帯区分 | □生活保護　　　　□非課税世帯　　　　□それ以外の世帯 |