

吉田町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

吉田町長 様

申請者住所

氏名

電話番号

次のとおり、吉田町産後ケア事業の利用を申請します。

利用者 (産婦)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所			
	電話番号			
児	ふりがな 氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日 (か月 日)
	出産施設名			
	出生体重	g	退院日	年 月 日
事業の種類	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型(120分以上) <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型(120分未満) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型			
利用希望日	年 月 日			
申請理由	(具体的に記入してください。)			
生活保護受給の有無	有 ・ 無			

同意書

私は、産後ケア事業を利用するに当たり、次の事項に同意します。

申請者氏名(署名) _____

- 1 吉田町が、委託医療機関等に産後ケア事業実施のために必要な範囲内で私の情報を提供すること。
- 2 委託医療機関等が吉田町に産後ケア事業の実施状況を報告すること。
- 3 吉田町が、自己負担額を決定するために前年所得の状況及び生活保護受給の有無を確認すること。

町記入欄(以下の欄は記入しないでください。)

自己負担額	円
-------	---

