

小豆島町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

小豆島町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。なお、私が小豆島町産後ケア事業を利用するにあたり、当該事業に係る負担金を判定するために、私及び私と同一世帯に属する者に係る住民基本台帳の記録の状況、町民税課税状況及び生活保護の受給状況について確認すること、並びにこの申請書の情報を利用施設に提供することに同意します。また申請にあたり、小豆島町から利用施設にサービス利用に必要な情報を提供すること、また利用施設から町への利用者の健康状態等の情報の提供を行うことに同意します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規（ 回目申請） <input type="checkbox"/> 変更		
(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所及び連絡先	小豆島町 電話（ ）		
子の氏名	(第 子)	出生時の体重	g
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産（予定）施設名			
利用種別・日数	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)型	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間	
	<input type="checkbox"/> 通所 (デイサービス)型	年 月 日、年 月 日 年 月 日、年 月 日 ()日間	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問 (アウトリーチ)型	年 月 日、年 月 日 年 月 日、年 月 日 ()日間	
利用希望施設			
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 母への保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 母への心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケア含む） <input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的な指導及び相談		
※担当者記入欄	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税課税世帯		