様式第１号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　長洲町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（利用者）氏名

産後ケア事業利用申請書

　産後ケア事業を利用したいので、長洲町産後ケア事業実施要綱第７条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな利用者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日　　　　　　（　　歳） |
| 住所 | 〒869－長洲町大字長洲　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号（　　　　　　　　　） |
| ふりがな子の氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 出産医療機関 |  | 出生時の体重 | 　　　　　　　　　　ｇ |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　 利用者との続柄（　　　　　　　）住所　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号（　　　　　　　　　　　） |
| 希望する実施方法及び利用施設等 | □宿泊型　　　≪希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≫□通所型　≪希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≫□通所型（公共施設における集団実施）□訪問型　　≪訪問先：自宅、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）≫※利用希望日については、裏面に記入してください。 |
| 申請理由 |  |
| 希望する指導内容 | □母親の身体的ケア、保健指導及び栄養指導　　　□母親の心理的ケア□授乳指導　　　□乳房ケア　　　□子どもの発育・発達に関する相談□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯の区分 | □住民税課税世帯　　　　□生活保護世帯　　　　□住民税非課税世帯 |
| １　産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を、事業を実施する実施機関等に情報提供することに同意します。２　利用料に係る世帯区分を確認するために、町が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等の関係公簿を閲覧することに同意します。３　産後ケア事業の利用の日程を変更し、又は利用を中止する場合は、当該利用日の２日前までに実施機関等に電話により連絡するものとし、連絡がない場合は中止として、長洲町産後ケア事業実施要綱別表第１に定める額を支払うことに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　申請者（利用者）氏名　　　　　　　　　　　　　　（自署） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用回数 | 利　用　区　分 | 希　　望　　日※宿泊の場合、宿泊日 | 利　　用　　日≪※長洲町で記入≫ |
| １ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 　　年　　　月　　　日 |
| ２ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ３ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ４ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ５ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ６ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ７ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ８ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ９ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| １０ | □宿泊型　　□通所型（集団）□通所型　　□訪問型 | 　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |