

年 月 日

富岡町産後ケア事業利用変更承認通知書

様

富岡町長

印

年 月 日に申請のありました産後ケア事業の利用変更について、次のとおり承認します。

利用 者	母の氏名		
	住 所	〒 ー	
利用内容			
事業の種類 (利用する事業)		利用期間	利用医療機関等
	ショートステイ型(宿泊)	年 月 日から 年 月 日 (合計 日間)	
	デイサービス型(日帰り)		
	アウトリーチ型(訪問)		
利用遵守事項		・利用中は、利用医療機関等の規則を遵守してください。 ・利用料(自己負担額)は、利用医療機関等に直接お支払いください。 ・利用を延期または中止する場合は、速やかに下記までご連絡ください。 ・富岡町から転出した場合、承認された期間であっても利用できませんのでご注意ください。	