様式第2号(第3条関係)

助産施設入所承諾書

受　第　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

八頭町福祉事務所長　　　　　　　　印

　　助産施設への入所について次のとおり承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所する妊産婦の氏名 | 　 |
| 入所助産施設名 | 　 |
| 出産予定日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 徴収金の月額及び納入方法 | 　 |

＊　徴収金について変更のあった場合には、その旨を通知します。

＊　助産施設入所申込書の記載事項に変更が生じた場合には、速やかにその旨を届け出てください。

＊　助産施設への入所が適当と認められなくなった場合には、助産の実施を解除します。