

別記

様式第1号（第6条関係）

垂井町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

垂井町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との関係 )  
電話番号

垂井町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用の承認に当たり、次の同意事項について同意します。

利用者氏名・生年月日	母	年 月 日 ( 歳)		
	子	年 月 日 ( か月)		
住所 (住民票上の住所地)		電話番号		
訪問先住所 (上記と異なる場合のみ)	様方			
出産した医療機関名				
希望するサービス区分	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型			
利用希望日	短期入所型・通所型： 年 月 日 ~ 年 月 日 居宅訪問型： 年 月 日 ~ 年 月 日の間に 回			
希望する施設の有無 (短期入所型・通所型のみ)	有 (施設名： ) ・ 無			
生活保護受給の有無	有 ・ 無			
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 産婦自身に心身の不調がある <input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> 家族などから援助が得られない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
希望するケア (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 産後の体調の相談・休養 <input type="checkbox"/> 乳房ケア・授乳に関する相談や指導 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのお風呂の入れ方など、育児に関する相談や指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

同意事項

- (1) 産後ケア利用に当たっての自己負担額の算定のため、住民登録情報及び課税状況等個人情報について、関係機関へ照会させていただきます。
- (2) 本様式及びサービスの利用に必要な範囲の個人情報を、ケアを提供する助産師へ提供させていただきます。