

# 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、下記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	母		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	子		生年月日	年 月 日 ( か月)
住所 <small>(住民票上の住所地)</small>				電話番号
訪問先住所 <small>(上記と異なる場合のみ記載)</small>	様方			電話番号
希望するサービス区分及び利用期間	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
生活保護受給の有無	有 ・ 無			
利用する理由 (希望するケア内容や不安なこと等具体的にご記入ください。)				

## 同意事項

- (1) 産後ケア利用にあ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。