

様式第1号（第9条関係）

有田町産後ケア事業利用申込書

年 月 日

有田町長 殿

下記の通り有田町産後ケア事業の利用を申し込みます。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 産後ショートステイ <input type="checkbox"/> 産後デイサービス		
(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
出産年月日	年 月 日	退院年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名		出生体重	g (第 子)
住所	有田町		
連絡先	自宅		
	携帯		
緊急連絡先	氏名（利用者との関係）		
	電話番号	日中連絡先	
		休日夜間連絡先	
申請理由	1 出産後の身体的回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 日常生活において不安がある 4 その他 ()		
利用を希望する 受託医療機関等			
母子ショートステイ 利用希望日	年 月 日	～	年 月 日まで
母子デイケア 利用希望日	年 月 日	～	年 月 日まで
同意事項 (1) このサービスを利用するために、私の情報をサービス提供する施設等に必要な範囲内で提供すること。 (2) サービス提供する施設から町に利用状況を報告すること。 (3) 産後ケア施設利用開始時に利用者負担金を施設に払うこと。 (4) 乳児全戸訪問事業等保健サービス提供のために、利用時の状況等について関係部署に情報提供すること。 (5) この利用申込を承認する際に、利用者負担金の額を決定するために必要な範囲で住民基本台帳と世帯の所得状況の関係公簿を閲覧すること。 上記(1)から(5)までのすべての項目に同意します。 <div style="text-align: right;"> 自署 _____ </div>			