

小山町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日 (年齢)	()	
	住所	〒			
	電話番号		緊急連絡先 (家族等)		
子	子の氏名		出生体重	第 子	
	出産施設				
	出生日 (生年月日)		退院日		
利用希望	希望サービス	利用希望日	回数	希望施設	
	短期入所型	年 月 日～	日		
	通所型	1日	年 月 日～	日	
		半日	年 月 日～	回	
		集団	年 月 日～	日	
居宅訪問型	年 月 日～	回			
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族等による支援がなく休息を確保できないため、療養したい。 <input type="checkbox"/> 産後の身体の回復について不安があり、保健指導を受けたい。 <input type="checkbox"/> 授乳に関する保健指導を受けたい。（乳房ケアを含む。） <input type="checkbox"/> 今後の生活や育児のことでいろいろと不安があるため相談したい。 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育や具体的なお世話の仕方について保健指導を受けたい。 <input type="checkbox"/> その他：（ ）				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯・生活保護受給世帯				
同意書					
<p>小山町産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者に情報提供をすること及び利用者の健康状態について受託事業者から町に情報提供することに同意します。また、申請の決定のため、私及び配偶者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>					
<p>小山町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">配偶者氏名 _____</p>					