

板野町長 殿

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

板野町産後ケア事業利用申請書

板野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。

(ふりがな) 母氏名	(ふりがな) 児氏名	*双子以上は並記	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (か月)
住所	(〒 -) 板野町		
TEL	緊急連絡先	(続柄)	
出産(予定) 医療機関	妊娠状況	出産(予定)日: 年 月 日	
	出産状況	在胎週数: 週 出生体重: g	
申請理由	<input type="checkbox"/> 休養のため <input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児などの援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児不安がある <input type="checkbox"/> 心身の不調がある <input type="checkbox"/> その他()		
留意事項	①通院: なし・あり(病名: 病院名:) ②内服: なし・あり(内服薬:) ③アレルギー: なし・あり(種類:) ④その他配慮が必要なこと ()		
希望利用 種類・期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日(泊 日)	
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	年 月 日 ・ 年 月 日	
利用希望施設			
希望する内容	<input type="checkbox"/> 乳房のケア(マッサージを含む) <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> スキンケアの指導 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> その他()		
自己負担額 軽減要件	以下に該当する方は、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 上記項目にチェックした場合、自己負担額の決定のため、町が町民税課税状況、生活保護受給状況及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査することに同意したものとみなします。 *転入者等で、町民税の非課税を証明するものの提示がない場合、かつ町において町民税の課税の確認ができない場合は、町民税課税世帯とみなします。		
本人確認書類	1点で可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 2点で可 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 官公庁が発行した免許証等 <input type="checkbox"/> その他()		

情報提供などに関する同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- 当事業を利用するために、必要な範囲内で個人の情報を利用施設に提供すること。
- 利用日の調整については、申請者と利用施設が直接行い、調整によっては希望に添えない場合もあること。
- 宿泊型産後ケア、デイサービス型産後ケア利用料については、自己負担額を利用施設に支払うこと。

また、利用施設が定める期日までに中止の申し出がない限り、産後ケア事業を利用しなくとも自己負担額を負担すること。

本人署名

(自署)