

様式第1号（第6条関係）

坂祝町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

（宛先）坂祝町長

申請者 住所
氏名
連絡先

坂祝町産後ケア事業の利用を次のとおり申請します。

利用者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	坂祝町		
	電話番号	-		
	緊急連絡先	氏名： 住所： 電話：利用者との続柄：（ ）		
	乳児の氏名	出生体重	g	
		出生（予定）日	年 月 日	
出産（予定）施設	退院（予定）日	年 月 日		
申請理由 （複数回答）	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的、精神的回復について不安がある <input type="checkbox"/> 育児等について不安がある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	希望利用種別にレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型			
利用希望場所				
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他			
坂祝町産後ケア事業を利用するにあたり、次のことに同意します。 1. 坂祝町産後ケア事業利用申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を、委託医療機関、かかりつけ医、その他関係機関等と情報共有すること。 2. 利用者の住民基本台帳情報を閲覧すること。 3. 町民税の課税状況及び生活保護の受給状況について、町が照会・確認すること。				
_____ 年 月 日 署名				

【添付書類】

- 1 所得課税証明書(1月1日現在、坂祝町に住民登録がない市町村民税非課税世帯のみ)
- 2 生活保護受給証明書（生活保護世帯のみ。当町で確認できる場合は除く。）