

様式第1号（第7条関係）

令和 年 月 日

大津町長 様

大津町産後ケア事業利用申請書

申請者

住所 大津町

氏名

次のとおり、大津町産後ケア事業の利用に当たり、以下の内容に同意の上、申請します。

- ・大津町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査すること。
- ・大津町から委託先の医療機関等に、及び委託先の医療機関等から大津町に必要な情報を提供すること。
- ・利用後に利用施設から事業実施報告書が大津町に提出されること。

利用者（産婦）	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	大津町
	連絡先	① ②
利用者（乳児）	氏名	男・女
	生年月日	令和 年 月 日 第（ ）子
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体回復・休養について不安がある <input type="checkbox"/> 育児・授乳手技について不安がある <input type="checkbox"/> 精神的不安定がある <input type="checkbox"/> 家族から十分な育児、家事等の支援が得られない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用希望項目	<input type="checkbox"/> 宿泊型（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 通所型（デイケア） <input type="checkbox"/> 訪問型（自宅訪問）	※宿泊の場合、利用希望期間 年 月 日～年 月 日 (うち 日間)

注1 非課税世帯の方は、証明できる書類が必要になります。ただし、課税台帳により確認できる場合は省略することが出来ます。

【町記入欄】 確認日： 年 月 日

課税区分	課税・非課税・生保	確認者	
------	-----------	-----	--