

様式第1号（第7条関係）

大治町産後ケア事業（短期入所型）利用申請書

令和 年 月 日

大治町長 殿

申請者 住所

氏名

電話（ ） ー

大治町産後ケア事業（短期入所型）について利用したいので、次のとおり申請します。

|   |                  |            |              |                  |
|---|------------------|------------|--------------|------------------|
| 利用者   | ふりがな<br>氏名       | 申請者との続柄（ ） | 生年月日<br>（年齢） | 年 月 日<br>（ 歳）    |
|   | ふりがな<br>子の<br>氏名 | （男・女）      | 生年月日<br>（年齢） | 年 月 日<br>（ か月 日） |
|   | 住所<br>電話         | （ ） ー      |              |                  |
| 利用施設  |                  |            |              |                  |
| 利用期間  | 年 月 日から 年 月 日まで  |            |              |                  |
| 世帯区分  | 一般世帯・生活保護世帯      |            |              |                  |
| 申請理由（該当番号に○印）<br>1 母の身体的な不調や回復の遅れがある<br>2 育児について不安がある<br>3 その他（ ）   |                  |            |              |                  |
| 大治町産後ケア事業（短期入所型）利用申請書及び事業の利用に必要な情報を委託医療機関に提出されることに同意します。また、健康状態等について、委託医療機関から大治町に情報提供されることに同意します。なお、申請にあたり、関係機関において生活保護世帯の確認がなされることに同意します。<br><br>申請者氏名 |                  |            |              |                  |