

## 瑞穂町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

瑞穂町長 あて

私は、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	瑞穂町		
	連絡先			
	出産日		出産予定日	
	多胎の場合（○を付ける。）	双胎・多胎（3人・4人・5人）		
緊急連絡先	氏名		申請者との続柄	
	住所 申請者と同じ場合、省略可			
	連絡先			
利用を希望する事業の種類（✓を入れる。）		<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> デイケア型 <input type="checkbox"/> 宿泊型		
申請理由 （✓を入れる。）		<input type="checkbox"/> 産後に心身の不調があり、休養の必要があるため <input type="checkbox"/> 育児等について、具体的な指導・助言を受けたいため <input type="checkbox"/> 家族等から産後の援助を受けられない又は家族に休息が必要なため <input type="checkbox"/> 休息・リフレッシュのため <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）		
利用者負担額の免除の希望がある場合、理由 （✓を入れる。）		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 婚姻によらないひとり親世帯の特例による市町村民税非課税世帯		
		上記について必要な調査をすることについて同意します。（はい・いいえ） ※調査に同意しない場合、町が調査できない場合は証明書類を添付してください。		
同意事項 （同意する項目に✓を入れる。）		<input type="checkbox"/> サービスを利用するために私の情報をサービス提供事業者に必要な範囲で提供することについて同意します。 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者から町に利用状況を報告することについて同意します。 <input type="checkbox"/> （利用者負担額がある場合）サービス利用開始時に利用者負担額をサービス提供事業者を支払うことについて同意します。		