様式第１号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**産後ケア事業利用申請書**

　三春町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | （〒　　　－　　　　）三春町　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－ |
| ふりがな母の氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 |
| ふりがな子の氏名 | 男・女（第　子） | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 出産（予定）施設名 |  |
| 出産（予定）年月日 | 年　　　月　　　日 | 退院（予定）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 利　用　内　容 |
| 事業の種類（当該事業を○で囲む） | 利用（予定）期間 | 利用医療機関等 |
| ショートステイ・デイケア | 　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日合計　　　　　日間 |  |
| ショートステイ・デイケア | 　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日合計　　　　　日間 |  |
| ショートステイ・デイケア | 　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日合計　　　　　日間 |  |
| 利用する理由（具体的に記入ください） |
| 利用医療機関等への情報提供　申請書の内容について、利用医療機関等に情報提供することに　　**同意します・同意しません** |
| ＊申請受付月日 | 　　　年　　月　　日 | ＊決定年月日 | 　　年　　月　　日 | ＊承認・不承認 |

注）１　申請者氏名欄は、申込者が署名又は記名押印してください。

　　２　＊印欄は、担当者が記入しますので、記入しないでください。