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。