

土佐町長 様

土佐町産後ケア（宿泊）事業利用申請書

【申請者】

住所：土佐町

氏名：

利用者との続柄

電話番号

下記のとおり産後ケア（宿泊）事業の利用を申請します。また、本事業の利用状況等を土佐町の母子保健事業に活用していくことに同意します。

| | | | |
|----------------------|--|-----------|---------|
| ふりがな 利用者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| ふりがな 児 氏 名 | | 出生体重 | g (第 子) |
| 住 所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | (続柄) | 電話 (携帯) |
| 出産 (予定) 日 | 年 月 日 | 退院 (予定) 日 | 年 月 日 |
| 出産医療機関 | | | |
| 利用 (予定) 期間 | 年 月 日から 年 月 日 (計 日間) | | |
| 産後ケア事業利用 医療機関等の名称 | | | |
| 申請理由 | 1 出産後の乳房の手当や身体的回復に関する相談 2 育児に関する相談 3 休養や栄養など日常生活に関する相談 4 その他 () | | |
| ※担当者記入欄 | 決定内容： 承認 ・ 不承認 決定通知書送付日： 年 月 日 (承認 No) | | |
| 世帯の区分 | <input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | | |

*サービス利用時点で、母親及び乳児の両者が本町に住民票がある方が対象者となります。