

別 記

第1号様式（第5条関係）

酒々井町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
（利用者との関係）

酒々井町産後ケア事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ			
利用者（産婦）氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		出生週数	週 日
		出生体重	g
出産（予定）日	年 月 日	分娩（予定） 医療機関	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで ※ただし、出生日より1年未満とする。		
サービス区分	1. 短期入所型      2. 通所型      3. 居宅訪問型		
申請理由 （具体的に記載）			
利用者負担区分	1. 課税世帯      2. 非課税世帯      3. 生活保護世帯		
緊急連絡先	住所： 氏名：	電話： 利用者との関係：	

注：申請時には母子健康手帳をご持参ください。

同意書

私は、申請に当たり次の事項に同意します。（□にチェックをお願いします。）

- 酒々井町が住民基本台帳による世帯状況及び所得状況について調査すること。
- 私の情報を必要な範囲でサービス提供事業者に対し提供すること。
- サービスの利用開始時に、決められた利用者負担金をサービス提供事業者を支払うこと。
- サービス提供事業者から町に利用状況を報告すること。

氏名 \_\_\_\_\_（本人自署）