令和　　年　　月　　日

坂城町産後ケア事業利用申請書

　　（宛先）　坂城町長

申請者　住　所　　坂城町大字

氏　名

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。

　尚、助成金の交付申請にあたり、町が保有する利用者の住民登録・納税状況等の個人情報を閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の種類  (当該番号を○で囲む) | | | １　短期入所型  ２　通所型  ３　居宅訪問型 | | | １　新　規  ２　継　続 | |
|
| 利用者 | | 住所 | 坂城町大字 | | | | |
| 氏名 | （母子健康手帳交付番号：　　　　　） | | | | |
| 子の氏名 | （令和　年　月　日生） | | | | |
| 出産施設名 | | |  | | | | |
| 退院(予定)年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 利用(予定)期間 | | | 令和　　年　　月　　日（　　）から令和　　年　　月　　日（　　）  ※短期入所型の場合：　　　日間（上限７日間以内）  ※通所型・居宅訪問型の場合：　　　回（上限通算７回以内） | | | | |
| 利用医療機関等名 | | |  | | | | |
| 利用する理由（具体的に記入ください） | | | | | | | |
| 医療機関等の意見（短期入所型利用の場合）  　　　　　　　　　　　　　　　記入者　医師名 | | | | | | | |
| ＊町記入 | ＊母子の状態 | | | | | | ・生活保護受給者  ・住民税非課税世帯  ・上記以外 |
| ＊申請受付年月日 | | | 令和　年　　月　　日 | ＊決定年月日 | | 令和　年　　月　　日 |

　注）生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付し

てください。また住民税非課税世帯の方で、今年1月1日時点町外に在住の方は、「非課税証明書」を添付してください。