

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

吉野川市産後ケア事業利用申請書

吉野川市長 様

申請者 住所
氏名
連絡先

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	氏名（産婦）		生年月日	年 月 日
	住 所			
	出産医療機関名		出 産 日	年 月 日
	氏名（乳児）		性 別 等	（第 子）
	出生時の体重	g	在胎週数	週 日
	かかりつけ医			
利用希望	宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日） 施設名（ ）		
	通所型	年 月 日 施設名（ ）		
	訪問型	年 月 日		
申請理由	<input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児などの援助が受けられない <input type="checkbox"/> 乳房ケア（乳房マッサージ含む） <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 心身の不調 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
自己負担金免除				
同意欄	<ul style="list-style-type: none">・利用者の世帯構成及び世帯員の課税状況等について市が調査を行うことに同意します。・この申請書の内容を事業の実施を委託した事業者を提供すること及び利用者の健康状態等について事業者が市に情報提供することに同意します。・事業の利用に係る内容の変更又は中止の届出を別に定める期日までに行わなかったときは、既に決定を受けた事業の利用に係る費用の実費に相当する額を支払うことに同意します。 氏名			