

函南町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

次のとおり、函南町産後ケア事業の利用を〔 申請（新規・延長） ・ 変更 〕します。

申請者	(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	函南町		
	電話番号		緊急連絡先電話 氏名 (続柄)	()
子	(ふりがな) 子の氏名			第 子
	出産(予定)日	年 月 日	出産(予定) 施設名	
	退院(予定)日	年 月 日	出生体重	g
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等の名称
世帯区分		() ①生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ※要証明書		
() に○を記入してください		() ②市町村民税課税世帯		
利用希望日等 (希望する利用サービスに○をしてください)	宿泊・通所・一時預かり・家事支援・育児支援・配食			
	宿泊・通所・一時預かり・家事支援・育児支援・配食			
	宿泊・通所・一時預かり・家事支援・育児支援・配食			
	宿泊・通所・一時預かり・家事支援・育児支援・配食			
申請理由 (具体的に記入)				
同 意 書				
函南町長 仁科 喜世志 様				
函南町産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者へ情報提供すること並びに利用者の健康状態について、受託事業者から町に情報提供することに同意します。また町民税の課税状況及び生活保護受給状況について照会を求めることに同意します。				
年 月 日		申請者氏名 _____		