

豊能町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

豊能町長あて

下記のとおり、豊能町産後ケア（宿泊型・日帰り型）事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 産婦の氏名	()		生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 豊能町				
	電話番号					
	緊急連絡先	(ふりがな) 氏 名		申請者との続柄		
		住 所				
		電話番号				
	(ふりがな) 乳児の名前	()		出生日	年 月 日	
在胎週数	週	出生時体重	g	性別		
出産 医療機関名						
世帯 構 成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	職業	
該当する世帯区分のいずれかに☑をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯(※) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯(※) <input type="checkbox"/> その他の世帯						
利用申請理由		<input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安や不良があり、休養を取りたいため。 <input type="checkbox"/> 出産後の育児について、不安があるため。 <input type="checkbox"/> 出産後に、家事・育児などの日常生活を送ることが難しいため。 <input type="checkbox"/> その他				
希望する 利用期間	宿 泊 型	年 月 日より 日間				
		年 月 日より 日間				
	日 帰 り 型	年 月 日				
		年 月 日				

利用規約 同意欄

1. 豊能町産後ケア事業の利用にあたり、豊能町が協力医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること、及び協力医療機関等が豊能町に対して必要な個人情報を提供すること。
2. 豊能町が豊能町産後ケア事業に係る審査において、申請者及び同一世帯員の町民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。
3. 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに協力医療機関等に連絡をすること。
4. キャンセル料が発生した場合は、キャンセル料を協力医療機関等に支払うこと。
5. 利用に係る自己負担金を、協力医療機関等に対して支払うこと。

上記について、同意いたします。

年 月 日

申請者氏名

Ⓔ

