

別記第1号様式（第7条関係）

木古内町産後ケア事業（宿泊型・訪問型）利用申請書

年 月 日

木古内町長 様

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

なお、申請につき木古内町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査すること及び木古内町が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること並びに利用施設が木古内町に必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者署名 _____

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 延長利用		
(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	木古内町字		
電話番号(自宅)		携 帯 電 話	
緊急連絡先	氏名 (申請者との関係)		
	電話番号		
子の氏名		出生体重等	g (第 子)
出 産 日		退院(予定)日	
出産医療機関			
利用希望期間 【 宿 泊 型 】	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用希望期間 【 訪 問 型 】	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用希望医療機関			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 産婦の母体管理及び生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴や授乳等育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導 ()		
世 帯 の 区 分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 被保護証明書 <input type="checkbox"/> 町民税非課税証明書 (※コピー可)		