様式第１号（第７条関係）

那須町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

那須町長　様

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　（※）

（利用者との続柄：　 　）

電話番号

（※）申請者が手書きしない場合は、記名押印をしてください。

那須町産後ケア事業実施要綱第７条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生年月日 | 食物等アレルギー |
| 利用者氏名(産婦) |  | 　年　　月　　日（　　　歳） | 有（　　　　　　）・無 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 男・女 | 生年月日 | 出生体重 | 食物等アレルギー |
| 利用者氏名(子) |  | 　　　　年　 月　 日 | ｇ | 有（　　　　　　 ）無　 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 男・女 | 生年月日 | 出生体重 | 食物等アレルギー |
| 利用者氏名(子) |  | 　　　　年　 月　 日 | ｇ | 有（　　　　　 ）無　 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　（　　　）　　　　 |
| 出産した医療機関等 |  |
| 利用する理由 | １　出産後の身体回復に不安があるため。２　育児について不安があるため。３　日常生活について不安があるため。４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業の種類 | 利用希望期間 | 希望施設 |
| 宿泊型・通所型・訪問型 | 年　　月　　日（～　　年　　月　　日） |  |
| 宿泊型・通所型・訪問型 | 年　　月　　日（～　　年　　月　　日） |  |
| 宿泊型・通所型・訪問型 | 年　　月　　日（～　　年　　月　　日） |  |
| 同意欄１　利用者負担額算定のため、利用者及び利用者の世帯員の町民税の課税状況を調査すること。２　町が事業を委託する医療機関等に本申請書に記載された内容等を提供すること。３　医療機関等で医療行為が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。　私は、那須町産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　令和６年４月改正