

豊浦町産後ケア事業利用申請書

次のとおり豊浦町産後ケア事業の利用を申請します。

利用者氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 (歳)
出産(予定)日	(予定日) 年 月 日	(出産日) 年 月 日	
住 所	〒 電話 () 携帯電話 ()		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税等世帯 (町民税非課税世帯・生活保護世帯)		
緊急連絡先	氏名 : 続柄 () 電話・携帯 :		
出産(予定)医療機関			
利用希望内容 (希望する区分に☑ してください)	希望区分	利用希望日数	希望事業者名
	<input type="checkbox"/> 短期入所型	日	
	<input type="checkbox"/> 通所型		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型 (助産師)	日	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型 (保育士)			
申請理由 (該当するもの全て に☑してください)	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 産後の疲れが取れない、又は気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 休息をとり、体力を回復させたい <input type="checkbox"/> 母体ケア (乳房手当やトラブルケア等) について不安がある <input type="checkbox"/> 育児 (沐浴、授乳、抱っこ等) について不安がある <input type="checkbox"/> 子の発育・発達について不安がある <input type="checkbox"/> 家族等に育児に関する指導 (沐浴、抱っこ、子の発育発達等) をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()		
同 意 書			
<p>私は、豊浦町が本事業の利用の決定に際し、必要な範囲内で、住民基本台帳又は生活保護世帯若しくは、住民税非課税世帯であるかを確認することに同意します。また、利用決定の可否を判断する面談等において知り得た情報及び事業実施事業者が豊浦町へ提供が必要であると判断する情報について、豊浦町と事業実施事業者との間で情報を共有することに同意します。また、本事業利用中の事故においては、豊浦町と事業実施事業者の故意又は重大な過失によるものを除き、私の責任において一切を処理し、豊浦町の責任を追及しないことに同意します。</p> <p>申請者 氏名 _____</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">豊浦町長 様</p>			
<p>※同意ができない場合には、住民票、生活保護世帯であることを証明する書類、住民税非課税世帯であることを証明する書類 (転入者は、利用する年の1月1日現在に住んでいた市町村における書類) の提出が必要となります。</p>			

