

別記

様式第1号（第4条関係）

大崎町産後ケア事業利用申請書兼利用負担額免除申請書

年 月 日

大崎町長 様

(申請者) 住 所 大崎町
氏 名

電話番号 — —

大崎町産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 (緊急連絡先) — —		
ふりがな 子の氏名	※決まっている場合		
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産(予定)施設名			
利用施設名			
利用期間			
申請理由 (該当するものを○ で囲んでください。)	1 産後の身体的回復について不安がある。 2 授乳や沐浴法など育児について不安がある。 3 産後の経過に応じた休養や栄養管理等の日常生活面に不安がある。 4 その他 ()		
減 免 申 請 欄			
利用者負担額を減免したいので、下記の区分の適応を申請します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯			
同 意 欄			
1. 利用者負担額の確認のため、申請者及びその世帯の課税状況について閲覧すること。 2. 事業の利用にあたり、町が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医療機関等が町に対して必要な個人情報を提供すること。 上記について同意します。 (申請者) _____			

※この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。