

様式第 1 号(第 6 条関係)

年 月 日

紀美野町産後ケア事業利用申請書

紀美野町長 様

次のとおり紀美野町産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(〒 -) (電話)		
	緊急連絡先	氏名 (申請者との関係)	住所	
			電話	
	ふりがな 児の氏名		生年月日	年 月 日
	出産医療機関			
世帯区分 該当する世帯を○ で囲んでください	町民税課税世帯	町民税非課税世帯	生活保護世帯	
利用内容				
事業の種類	利用希望期間			事業者
宿泊サービス	年 月 日 ～ 年 月 日 合計 回 (1泊を1回とする。)			
デイサービス	年 月 日 ～ 年 月 日 合計 回			
訪問	年 月 日 ～ 年 月 日 合計 回			
申請理由				
1 紀美野町産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者を提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から紀美野町に情報提供することに同意します。 2 利用料に係る世帯区分を確認するために、紀美野町が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 上記 1 及び 2 に同意します。 氏名 _____				