

朝日町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

朝日町長 殿

申請者 住 所 朝日町
氏 名
電 話
(日中つながりやすい電話)

下記のとおり朝日町産後ケア事業の利用を申請します。

申請の種類		宿 泊（短期入所）型 ・ 日 帰 り（通所）型 ・ 訪 問（居宅訪問）型		
利用 者	氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	朝日町		
	訪問先住所 (訪問型のみ)	朝日町 ※上記住所と同じ場合、省略可		
	電話番号		携帯電話	
	出産予定日	年 月 日	出産場所	
赤 ち ゃ ん	氏 名		男 ・ 女 （第 子）	
	生年月日	年 月 日		
	出生体重	g	在胎週数	週 日
申 請 理 由 (複数選択可)		☐ 産後、ご家族などから十分な育児・家事の支援が受けられない見込みであるため ☐ 育児についての不安があるため ☐ 産後の休養、栄養面、生活面等での支援を希望するため ☐ 産後の身体等の回復について不安があるため ☐ その他（ ）		

同意書	
私は、産後ケア事業の申請にあたり、申請書の内容の他、事業の利用に必要な情報及び利用結果について、町と訪問者又は委託医療機関が共有することに同意します。また、町が、利用料を確定するために、私が属する世帯の住民税の課税状況等を調査することに同意します。	
年 月 日 氏 名	(本人自署)