広川町産後ケア事業利用申請書

広川町長 様

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 氏名
(利用者)

利用 希望日	短期入所型	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
	通所型・ 居宅訪問型 (どちらかに○)	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
利用 (希望) 医療機関等の名称			
利用者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 ー 広川町 電話番号	
	ふりがな		生年月日
	乳児の氏名		年 月 日
	緊急連絡先	氏名 利用者との続柄 () 住所 電話番号	
出産 (予定) 施設名		所得の区分 (該当する□に✓をつけてください) ☐ A 町民税課税世帯 ☐ B 町民税非課税世帯 ☐ C 生活保護世帯	
希望する理由 (困っていることや心配なことなど具体的に記入してください)			
<p>1. 産後ケア事業利用申請の審査にあたり、必要な範囲で町が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。</p> <p>2. 町が委託先である医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに同意します。また委託先である医療機関等が、サービスの利用状況及び健康状態などを町へ情報提供することに同意します。</p> <p>3. 利用プランの内容と、施設に対して利用料を支払うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者 (利用者) 氏名</p>			