

年 月 日

太子町産後ケア事業利用申請書

太子町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

連絡先（電話）

次のとおり太子町産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住 所	(〒 -) 太子町		
	利用者氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名	男・女 (第 子)	生年月日	年 月 日
	子の氏名	男・女 (第 子)	生年月日	年 月 日
出産（予定）施設名				
出産（予定） 年 月 日	年 月 日	退院（予定） 年 月 日	年 月 日	
利 用 内 容				
事業の種類 (当該事業を○で囲む)		利用（予定）期間		利用希望医療機関等
宿泊型（ショートステイ） デイサービス（デイケア）		年 月 日 (～ 年 月 日)		
宿泊型（ショートステイ） デイサービス（デイケア）		年 月 日 (～ 年 月 日)		
宿泊型（ショートステイ） デイサービス（デイケア）		年 月 日 (～ 年 月 日)		
希望するサービス内容 1 産後の母体管理及び生活面の指導 2 乳房ケア 3 授乳・沐浴等の育児指導 4 母体の休養 5 その他 ()				
① 申請書の内容、サービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供すること ② 利用料に係る世帯区分を確認するために、保健センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・ 閲覧することに 同意します ・ 同意しません				
使用料の減免に係る添付書類 ※使用料支払い後の減免はできません		<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 町・府民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できるもの)		