

年 月 日

基山町産後ケア事業利用申請書

基山町長 様

次のとおり、基山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	住所	
		(申請者との関係)	電話	
	ふりがな 乳児の氏名		生年月日	年 月 日
世帯区分 該当箇所に☑を 入れてください		☐ 町民税課税世帯 ☐ 町民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
医療機関等名				
利用希望期間等	宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日		
	デイサービス型	年 月 日		
	居宅訪問型	年 月 日 (時～)		
申請理由				
1 基山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委託医療機関等に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、委託医療機関等から基山町に情報提供することに同意します。 2 利用者負担金に係る世帯区分を確認するために、基山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_____				