

池田町長 様

申請者 住 所 〒
池田町
氏 名
利用者との続柄
電話番号

池田町産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

池田町産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、池田町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

利用者	住 所 池田町		
	電話番号		
	氏名	生年月日	年 月 日
	児氏名 男・女	生年月日	年 月 日
	児氏名 男・女	生年月日	年 月 日
希望するサービス・機関及び利用期間	宿泊型	機関：	
		年 月 日～ 児が1歳になる前日迄 (泊 日)	
	通所型	機関：	
		年 月 日～ 児が1歳になる前日迄 (回)	
訪問型	機関：岐阜県助産師会		
	年 月 日～ 児が1歳になる前日迄 (回)		
利用する理由	(具体的にご記入ください 例：産後の支援者がいないためなど)		
世帯種別	☐ 住民税課税世帯 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
同意欄	利用者の状況確認や事業実施のため下記の内容について同意します。 ・世帯構成及び世帯構成員の住民税課税状況の調査（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況） ・産後ケア事業者への情報提供(利用者の健康状態や、住所・電話番号などの個人情報) ・利用時の状況について関係機関が把握すること ・無断キャンセルの場合、キャンセル料が発生することがあります。		
	利用者署名	(申請者と利用者が異なる場合) 申請者署名	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

