

## 音更町産後ケア事業利用申請書

音更町長 宛て

私は下記のとおり、音更町産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

|   |                                     |       |  |                           |                 |
|---|-------------------------------------|-------|--|---------------------------|-----------------|
| 申請者<br>(母)  | ふりがな<br>氏名                          |       |  | 生年月日                      | 年 月 日           |
|   | 住所                                  |       |  | 緊急連絡先                     | 氏名<br>(申請者との続柄) |
|   | 電話番号                                |       |  |                           | 電話番号            |
| 子   | ふりがな<br>氏名                          | (男・女) |  | ※多胎児の場合はご記入ください。<br>(男・女) |                 |
|   | 生年月日                                |       |  | 出産病院                      |                 |
| 申請理由<br><br><small>※あてはまるものに○をつけてください。</small>  | ①出産後、家族等から十分な支援が受けられない。             |       |  |                           |                 |
|   | ②産後の疲れがとれない。                        |       |  |                           |                 |
|   | ③産後、気持ちの落ち込みや不安がある。                 |       |  |                           |                 |
|   | ④授乳方法や乳房ケアについて相談したい。                |       |  |                           |                 |
|   | ⑤赤ちゃんの体調、発育について相談したい。               |       |  |                           |                 |
|   | ⑥抱き方、沐浴、泣き止まないときの対応など育児全般について相談したい。 |       |  |                           |                 |
|   | ⑦その他(具体的内容 )                        |       |  |                           |                 |
| <同意欄>   |                                     |       |  |                           |                 |
| ①申請内容に虚偽があった場合は、当該事業を利用することはできません。<br>②利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。<br>③当該事業に必要な情報を事業者を提供する場合があります。<br>④利用の結果については、事業者から町に報告されます。<br>⑤当該事業の利用(登録)申請の審査に当たり、町が公簿等により申請者の属する世帯の課税状況を確認します。<br>⑥音更町産後ケア事業利用証を提示せずに、事業を利用することはできません。 |                                     |       |  |                           |                 |
| 上記①②③④⑤⑥に同意します。   |                                     |       |  |                           |                 |
| 年 月 日   |                                     |       |  | 申請・同意者氏名                  |                 |
| (署名又は記名・押印)   |                                     |       |  |                           |                 |

-----  
 ※音更町記入欄

| 費用負担区分    |                  | 生活保護世帯       | 町民税非課税世帯     | 町民税課税世帯      |
|-----------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| 自己<br>負担額 | デイサービス型          | 0円           | 800円         | 1,600円       |
|           | 訪問型              | 0円           | 750円         | 1,500円       |
|           | 多胎児加算<br>(1人当たり) | 0円           | (100円× 人分) 円 | (200円× 人分) 円 |
| 承認の有無     |                  | 承認する ・ 承認しない |              | 收受印          |
| 決定年月日     |                  | 年 月 日        |              |              |
| 備考欄       |                  |              |              |              |