

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 (母)	ふりがな 氏名	生年月日		年	月	日
	住所					
	電話番号					
子	ふりがな 氏名	(男・女)		※多胎児の場合はご記入ください。(男・女)		
	生年月日		出産病院			
申請理由 ※あてはまるものに○をつけてください。	※必須	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)				
<p><同意欄></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③当該事業に必要な情報を事業者に提供する場合があります。</p> <p>④利用の結果については、事業者から町に報告されます。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>上記①②③④⑤⑥に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請・同意者氏名 ㊞</p>						

※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
自己負担額	デイサービス型	0円	825円	1,650円
	訪問型	0円	650円	1,300円
	多胎児加算(1人当たり)	0円	100円×(人分加算)	200円×(人分加算)
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				