

産後ケア事業利用申請書

西郷村長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先 (電話)

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 母の氏名		母の 生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	(〒 - ) (電話)		
	ふりがな 児の氏名	(男・女) (第 子)	児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			出生体重	g
利用内容				
事業の種類 (希望する事業を○で囲んでください)	利用希望期間	利用日数 又は回数	利用を希望する助産所等	
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア	(~ 年 月 日)	回 日間		
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア	(~ 年 月 日)	回 日間		
宿泊ケア・日帰りケア・訪問ケア	(~ 年 月 日)	回 日間		
利用する理由 (具体的に記入してください)				
(情報提供等に関する同意) ※同意する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。				
添付書類	市町村民税所得課税証明書(非課税証明書)の写し			
対象者及び課税情報の確認	西郷村産後ケア事業実施要綱第2条に規定する対象者であること及び第12条に規定する利用者負担金を決定するに当たり、西郷村が保有する公募等により村職員が確認することに同意します。 申請者氏名 _____ 印 ※同意があり公募等による確認ができる場合は、添付書類を省略することができます。			

※以下の欄は村が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------