

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

遠軽町産後ケア事業利用申請書

遠軽町長 様

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

申請の種類	家庭訪問事業		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日
世帯主		生年月日	年 月 日
住 所	遠軽町 電話		
ふりがな 子の氏名		子の生年月日 (出産日)	年 月 日 (第 子)
出産医療機関		かかりつけ医	
申請理由	<input type="checkbox"/> 母体ケア（乳房手当やトラブルケア等）について相談したい <input type="checkbox"/> 育児（授乳・抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> 産後、気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 産後の疲れがとれない <input type="checkbox"/> 子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> その他（具体的内容 _____）		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※生活保護受給について確認できる書類を添付してください。		
同 意 書			
① 利用料に係る階層区分を確認するために提出した書類について誤りまたは不備がある場合は、遠軽町が審査に必要な範囲で課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要書類を提出すること。			
② 産後ケア支援事業の利用にあたり、遠軽町が委託医療機関に対して必要な個人情報を提供すること、および委託医療機関等が遠軽町に対して必要な個人情報を提供すること。			
上記①②に同意します。 申請者氏名 _____ ※署名又は記名押印			