様式第1号（第10条関係）

時津町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年　　月　　日

時津町長　　様

（申請者）
住　　所
氏　　名
（利用者との続柄：　　）
電話番号

時津町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者</td><td>フリガナ
産婦氏名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">時津町</td><td>連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
子の氏名</td><td colspan="3">（　男　・　女　）</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日
（　か月）</td></tr>
<tr><td>出産した病院</td><td></td><td>出生体重</td><td>g</td><td>出生週数</td><td colspan="2">週　日</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td colspan="6">氏名：　（利用者との関係：　）連絡先：</td></tr>
<tr><td colspan="2">世　帯　区　分</td><td colspan="6">□　町民税課税世帯　□　町民税非課税世帯　□　生活保護世帯</td></tr>
<tr><td colspan="2">利　用　種　別</td><td colspan="3">利　用　希　望　日</td><td>通算利用</td><td colspan="2">利用希望
医療機関等名</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ショートステイ
（通算７日まで）
※1泊2日は、「2日」となります。</td><td colspan="3">年　月　日　～　月　日</td><td>日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">□デイケア
（通算６回まで）</td><td colspan="3">年　月　日</td><td>回</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">年　月　日</td><td>回</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

希望する支援内容　（該当項目にチェックを入れてください。複数可）

□　授乳について相談したい　　□　産後ゆっくり休養したい
□　育児方法について相談したい　　□　子どもの発育発達を相談したい
□　その他（　　）

同　意　欄

① 公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査することに同意します。

② 利用料は、直接実施事業者に支払います。

③ 母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿