

森町産後ケア事業利用（延長）申請書

年 月 日

森町長 氏 名 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

印

下記のとおり申請します。

申請の種類	☐ 新規 ☐ 継続			
利用者氏名			生年月日	年 月 日
子の氏名			出生体重	g 第 子
出産(予定)施設名				
出産(予定)日			退院(予定)日	
利用種別 (希望種別□にレ点)	利用期間			
☐ 短期入所型	年 月 日 ～ 年 月 日			
☐ 通所型（1日）	1回目： 年 月 日	2回目： 年 月 日		
	3回目： 年 月 日			
☐ 通所型（半日）	1回目： 年 月 日	2回目： 年 月 日		
	3回目： 年 月 日			
☐ 居宅訪問型	1回目： 年 月 日	2回目： 年 月 日		
	3回目： 年 月 日	4回目： 年 月 日		
	5回目： 年 月 日	6回目： 年 月 日		
	7回目： 年 月 日			
申請理由	(具体的に記入してください。)			
担当者記入欄	☐ 町民税課税世帯 ☐ 町民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯			
産後ケア事業の利用に関する同意書				
森町長 様				
(1) 森町産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者へ情報提供すること並びに利用者の健康状態について受託事業所から町へ情報提供することに同意します。				
(2) 出産医療機関と産後ケア事業実施施設が異なる場合、出産医療機関が産後ケア事業実施施設に対し、継続したケアを行うために必要な情報等を提供することについて同意します。				
(3) 産後ケア事業利用終了時に、公費負担額を除いた自己負担金を実施施設に支払います。				
(4) 申請につき森町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、町が求める必要書類等を提出します。				
年 月 日				
申請者 印				
産後ケア事業実施機関				