

坂町産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

年 月 日

坂町長 様

下記のとおり坂町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	生年月日		年 月 日 (歳)	
	住 所	坂町 丁目 番 号		電話 () -	
	緊急連絡先	氏名		申請者との関係	
		住所		電話 () -	
	(ふりがな) 乳児氏名	生年月日 (出産予定日)		年 月 日	
	(ふりがな) 乳児氏名	生年月日 (出産予定日)		年 月 日	
	(ふりがな) 乳児氏名	生年月日 (出産予定日)		年 月 日	
	出産医療機関	在胎週数 週		出生体重 g	
世帯の区分		☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯・生活保護世帯			
希望するサービス		☐ 宿泊型 ☐ 通所型 ☐ 訪問型 ☐ 短時間通所型（母乳ケア）			
希望する施設		第1希望 第2希望 第3希望 _____			
特に希望するものに○をしてください		1. 産後の母体管理及び生活面の指導 2. 乳房手当,乳房トラブル 3. 授乳,沐浴等の育児指導 4. その他保健指導 () アレルギー: なし・あり ()			
情報提供に関する同意書					
坂町長 様 坂町産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書に記載のある情報や産婦指導連絡票を事業者へ情報提供することに同意します。また、調査のために必要な税情報・生活保護情報等を関係機関に照会することに同意します。 年 月 日 申請者氏名					

出産前の申請の場合は、予定日を基準にして希望する日を記載すること

※坂町記入欄

受付日	年 月 日	区分	☐ 住民税課税世帯 ☐ 生活保護・住民税非課税世帯	
決 定	☐ 承 認 ☐ 不承認	備考		

取扱者

確認者