

神戸町産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年 月 日

神戸町長

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話番号

神戸町産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、神戸町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

| | | | |
|--|-----------------------|---------------|-------------|
| 利用者氏名 | 母 | | 年 月 日 (歳) |
| | 子 | | 年 月 日 (か月) |
| 住所 <small>(住民票上の住所地)</small> | | 電話番号 | |
| 訪問先住所 <small>(上記と異なる場合のみ記載)</small> | | 様方 電話番号 | |
| 出産施設名 | | | |
| 希望するサービス 区分及び利用期間 | 宿泊型 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 通所型 | | |
| | 訪問型 | | |
| 世帯種別 | 課税世帯 ・ 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 | | |
| 利用する理由 (具体的に記入してください。) | | | |

↓ (同意いただける場合、) をお願いします。

産後ケア利用にあたっての自己負担額の査定のため、住民登録情報及び課税状況等個人情報について、関係機関へ照会させていただきます。

本様式は、ケアを提供する助産師へ提供させていただきます。