

（あて先）養老町長

養老町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

私は、次のとおり養老町産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 (電話)		
	訪問先住所 <small>(上記住所と異なる場合のみ記載)</small>	〒 (電話)		
	(ふりがな) 子の氏名	男・女 (第 子) 出生体重 g	生年月日 (分娩予定日)	年 月 日
	(ふりがな) 子の氏名	男・女 (第 子) 出生体重 g		
	出産医療機関名		在胎週数	妊娠 週 日
	緊急連絡先	ふりがな氏名： (利用者との関係：) (電話)		
利用希望事業 (複数 <input checked="" type="checkbox"/> 回答可)	<input type="checkbox"/> 宿泊型 利用機関名 ()			
	<input type="checkbox"/> 通所型 利用機関名 ()			
	<input type="checkbox"/> 訪問型			
課税状況区分	以下に該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (<input checked="" type="checkbox"/> がない場合は住民税課税世帯とみなします。)			
申請理由 (複数 <input checked="" type="checkbox"/> 回答可)	<input type="checkbox"/> 利用者自身の体調について心配なことがあるため <input type="checkbox"/> 授乳について不安があるため <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したいため <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望するサービス (複数 <input checked="" type="checkbox"/> 回答可)	<input type="checkbox"/> 利用者自身のケア (産後の体調等の相談、休養、食事など) <input type="checkbox"/> 利用者自身のケア (心配・不安なことの相談など) <input type="checkbox"/> 授乳に関する相談 (おっぱいやミルクの与え方、乳房ケアなど) <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導 (お風呂の入れ方、発育・発達の確認、家庭での育児など) <input type="checkbox"/> その他 ()			
下記の調査及び情報提供することについて同意します。 <ul style="list-style-type: none"> ・世帯構成について養老町が調査を行うことに同意します。 ・世帯構成員の住民税課税状況 (生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む。)について養老町が調査を行うことに同意します。 ・本申請書の内容を利用機関に提供すること及び利用者の健康状態等について利用機関から養老町に情報提供することに同意します。 				
申請受付年月日	年 月 日	承認・不承認決定年月日	年 月 日	

注記 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

利用機関等の状況により、利用機関や利用日のご希望に添えない場合があります。