

様式第 1 号（第 6 条関係）

かつらぎ町産後ケア事業（宿泊型）利用申請書

年 月 日

（あて先）かつらぎ町長

申請者 住 所 かつらぎ町  
氏 名  
生年月日 年 月 日  
連絡先

かつらぎ町産後ケア事業（宿泊型）の利用に関して、下記のとおり申請します。また、この申請にあたり同意欄記載の事項に同意します。

乳児の状況	氏 名			出生医療機関		
	出生日	年 月 日	退院日	年 月 日	出生 週	
申請理由						
利用希望日	年 月 日 時から 年 月 日 時まで（ 日間）					
利用希望施設	第 1 希望「 」第 2 希望「 」 <u>※施設の空き状況により、希望に添えない場合もあります。</u>					
希望のサービス内容 （○印を付けて下さい）	1 産後の母体管理（産後の体調等の相談、乳房ケア等） 2 赤ちゃんのケア（授乳・もく浴等の育児指導） 3 その他					
同意欄	・審査に必要な範囲で世帯状況等について調査し、及び公簿等を閲覧すること、並びにかつらぎ町と医療機関等の関係機関とが情報共有すること。 ・世帯の収入等（町県民税に関する所得証明書に記載している同等の情報）の調査・確認を行うこと。					

※注 申請年の 1 月 1 日以降に転入された方は、所得証明書又は非課税証明書が必要です。