様式第１号（第６条、第８条関係）

年 　月　 日

琴平町長 　　様

申請者　住 所

氏 名

（利用者との関係　　　　）

電 話

琴平町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

なお、申請につき町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の種類 | １　新規　　　　２　延長 | | | |
| 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)日 | 年 月 日 | | 退院(予定)日 | 年 月 日 |
| 出産(予定)施設名 |  | | | |
| 利用希望施設 |  | | | |
| 種類・日数 | □宿泊型 | 年　月　日　～　年　月　日（　日） | | |
| □デイサービス型 | 年　月　日　～　年　月　日（　日） | | |
| 申請理由  （具体的に記入してください） |  | | | |
| 利用料区分 | １生活保護世帯　２町民税非課税世帯　３その他の世帯 | | | |
| ※担当者記入欄 |  | | | |

(注)　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。