様式第１号(第６条関係)

川棚町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年　月　日

　　川棚町長　様

申請者　住所

（自署）氏名

産後ケア事業の利用を希望するので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | ふりがな  母の氏名 |  | 生年月日 |  |
| ふりがな  児の氏名 |  | 出生日 |  |
| 住　所 | □申請者と同様 | | |
| 連 絡 先 |  | 緊急時の連絡先 | 氏名：  　　　　　　（続柄：　　　）  電話： |
| 申請理由 | | □産後の体調がすぐれない　　　　　　□家族などから援助が受けられない  　□産婦人科等にすすめられた　　　　　□授乳についての不安がある  　□産後、育児についての不安がある  　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 利用希望施設 | |  | | |
| 世帯の区分  (申請時の状況) | | □非課税世帯　　　　□生活保護世帯　　　　　□左記以外 | | |
| 備考 | |  | | |

|  |
| --- |
| 同意欄 |
| 私は、産後ケア事業の利用申請にあたり次の事項に同意します。  1　利用者負担金は、直接委託事業所（者）へ支払うこと。  2　利用者の情報を委託事業所（者）へ提供すること及び、利用者等の健康状態等について、今後の子育て支援のために関係機関と情報共有すること。  3　母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケアが利用できなくなること。  4 生活保護（世帯全員）の有無、課税情報について、関係機関へ照会すること。  署名： |

注１　本事業の利用対象者は、産後１年未満までの産婦や乳児です。

注２　委託事業所（者）によって、サービスの内容、利用可能期間・回数が異なります。