

様式第 1 号 (第 7 条関係)

八千代町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

八千代町長 様

申請者 住 所 八千代町

氏 名

電話

産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所	八千代町大字		
		電話番号（自宅）	（携帯）	
	ふりがな		生年月日	
	母の氏名		年 月 日	
	ふりがな		生年月日	
	子の氏名		年 月 日	
出産施設名				
利用施設名				
利 用 内 容		1 ショートステイ 2 デイケア 3 訪問		
利 用 期 間		年 月 日～ 年 月 日		
申 請 理 由		☐ 1 産後における体調不良や育児に対する不安がある ☐ 2 家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないため ☐ 3 その他（ ）		

※この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。

同意事項	八千代町産後ケア事業利用決定に必要があるときは、私の住民登録資料、税務資料等について、照会、閲覧等を行うことに同意します。 本人署名 _____
------	---

事務局用記載欄

受 付	年 月 日	決 定	年 月 日	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護
--------	-------	--------	-------	--