様式第１号(第８条関係)

年　　　月　　　日

会津美里町産後ケア事業利用申請書

会津美里町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(利用者との関係）

会津美里町産後ケア事業を下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者住所 | 会津美里町 | 電話番号 |
| 利用者(母) | ふりがな氏　名 | 生年月日　　　　年　　月　　日(　　　歳) |
| 利用者(子) | ふりがな氏　名 | 生年月日　　　　年　　月　　日(　　か月) |
| 性　別　　　男　・　女　　　　　第　　　　子 | 出生体重　　　　　　　　　　　　　　ｇ |
| 出産医療機関 |  |
| 申請理由 | １　出産後、身体面での不調があるため。２　出産後、精神面での不調があるため。３　育児や日常生活についての不安があるため。４　その他　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付書類 | 生活保護世帯の場合は、生活保護受給証明書 |

申請にあたり、町が保有する私に関する必要な情報を産後ケア施設に提供するとともに、実施後会津美里町が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自　署

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の種類（希望する事業を○で囲んでください） | 利用希望期間 | 利用を希望する施設 |
| 宿泊ケア・日帰りケア | 　　　年　　月　　日（～　　年　　月　　日）合計　　　　日間　　　 |  |
| 宿泊ケア・日帰りケア | 　　　年　　月　　日（～　　年　　月　　日）合計　　　　日間　　　 |  |

※以下の欄は市町村が記載します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 | 年　　　月　　　日 | 決定年月日 | 年　　　月　　　日 | 承認 　・　 不承認 |