

様式第1号（第5条関係）

産後ケア事業利用（変更）申請書

年　月　日

遊佐町長 宛

申請者

住 所

氏 名

利用者との関係（ ）

連絡先（電話）

下記のとおり遊佐町産後ケア事業の利用（変更）を申請します。

記

利 用 者	産婦氏名		生年 月日	年　月　日
	子の氏名		生年 月日	年　月　日
	住 所	遊佐町	電話	()
出産医療機関				
訪問型	施設名			
	利用期間	年　月　日～	年　月　日	
宿泊型	施設名			
	利用期間	年　月　日～	年　月　日	(日間)
訪問型	施設名			
	利用期間	年　月　日～	年　月　日	
利用する理由 (不安なこと等)	<input type="checkbox"/> 産後の身体的回復や心身の状態に不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児に対する不安がある。 <input type="checkbox"/> 産後の経過に応じた日常の生活面についての指導を希望する。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
※ 母子の状態				
町が遊佐町産後ケア事業の利用料決定に必要な町民税の情報（同一世帯を含む。）を確 認すること及びその情報に基づき決定した利用料について、医療機関に対して提示するこ とに同意します。また、利用者の健康状態について、医療機関が遊佐町に情報提供するこ とに同意します。				
年　月　日	申請者氏名			

※印は、町の担当者が記入しますので、申請者の記入は必要ありません。

申請受付日		決定年月日
-------	--	-------