

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）		
通所型	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	
-------	--	-------	--