

遠賀町産後ケア事業利用申請書

遠賀町長 様

年 月 日

申請者住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄) \_\_\_\_\_

連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

遠賀町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、申請に際して以下の①～④に同意します。

- ①世帯状況の確認及び自己負担額決定に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。
- ②産後ケア事業の利用に必要な情報を、遠賀町が利用施設に情報提供すること、及び産後ケア利用後、母子を支援するため、利用施設が遠賀町に対し必要な情報を提供すること。
- ③産後ケア事業終了時、利用者自己負担金等を利用施設に対して支払うこと。
- ④利用を中止する場合、利用開始日の2日前までに利用施設に連絡を入れること。利用開始日の2日前までに連絡をしなかった場合、利用施設にキャンセル料を支払うこと。

年 月 日 申請者署名

申請の種類		新規 ・ 変更			
利用者希望者	住所	〒 _____			
	(ふりがな) 母の氏名	生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
	(ふりがな) 子の氏名	生年月日	年 月 日 ( ) か月		
	(ふりがな) 子の氏名	生年月日	年 月 日 ( ) か月		
緊急連絡先	氏名	利用者との続柄 ( )			
	住所	電話番号 ( )			
出産(予定)施設名					
出産(予定)日		年 月 日	退院(予定)日	年 月 日	
利用希望施設名					
利用希望サービス		ショートステイ型 ・ デイサービス型			
利用希望期間		年 月 日 時	～	年 月 日 時	
利用する理由 (特に心配なことなど、記入してください。)					

【市町確認欄】

利用者確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認 (市のみ記入) <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (運転免許証・健康保険証等)	
世帯課税状況	1. 課税世帯 2. 非課税世帯・生活保護受給者	階層確認方法：