

年 月 日

日の出町長 殿

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号

日の出町産後ケア事業利用申請書

日の出町産後ケア事業を利用したいので、日の出町産後ケア事業実施要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請書の内容及び事業の利用状況が日の出町及び関係機関において共有されることに同意します。

記

乳 児	フリガナ			性 別	男 ・ 女
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	出 産 予 定 日	年 月 日	
	退 院 （ 予 定 ） 年 月 日	年 月 日			
	多胎の場合は、該当する人数に○を付けてください。				2 人 ・ 3 人 ・ 4 人 ・ 5 人
緊 急 連絡先	氏 名		申請者との関係		
	住 所		電 話 番 号		
利用希望年月日		年 月 日から 年 月 日まで			
申 請 理 由 (複数回答可)		☐ 産後に心身の不調があり、ケアを受けたいため ☐ 育児不安があり、指導又は助言を受けたいため ☐ その他 ()			
利 用 料 に 関 す る 該 当 項 目		☐ 生活保護受給世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付受給世帯 ☐ 区市町村民税非課税世帯			

※ 該当する□にレ印を付けてください。

添 付 書 類	1 住民票の写し 2 利用料に関する該当項目のいずれかに該当する場合は、該当することを証明できる書類 3 その他町長が必要と認める書類 ※ 日の出町が公簿により確認できる場合は、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。
申請に係る審査をするため、私が属する世帯の住民情報、生活保護の受給状況等について町の公簿で確認することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 ※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。	