

年 月 日

大山町長 様

申請者 住所

氏名 印

電話

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。  
 なお、産後ケア事業利用における審査にあたり、町が世帯状況や課税状況及び町税等の滞納の有無を調査することを承諾します。

記

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| 利用者(産婦)                                  | 氏名  |             |
|  | 生年月日  | 年 月 日       |
| 利用者(乳児)<br><small>* 誕生前は出産予定日を記載</small> | 氏名  | (男・女)       |
|  | 生年月日  | 年 月 日 (第 子) |
| 申請理由                                     | ・出産後の身体回復について不安がある<br>・授乳手技について不安がある<br>・育児手技について不安がある<br>・その他( ) |             |
| 利用医療機関等                                  |   |             |
| 利用希望期間                                   | 年 月 日 ~ 年 月 日(うち 日)   |             |
| 緊急連絡先                                    | 氏名  |             |
|  | 電話番号  |             |

(注1) 非課税世帯の方は、証明できる書類が必要になります。ただし、町が課税台帳により確認できる場合は省略することが出来ます。

\* 以下は記入しないでください。

|         |       |               |          |
|---------|-------|---------------|----------|
| 申請受理年月日 |       | 決定年月日(承認・不承認) |          |
| 滞納の有無   | 無 ・ 有 | 課税区分          | 課税 ・ 非課税 |