

河合町長 様

河合町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

【申請者】

氏名:	(利用者との続柄:)
住所:	連絡先:

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな 児 氏 名		出生体重	g(第 子)
住 所	河合町		
電話番号	携帯(本人)		
緊急連絡先	氏名	(続柄:)電話(携帯)	
出 産 日	年 月 日	退 院 日	年 月 日
出産医療機関			
利用種別・希望日 (※保健センター記入)	産後ショートステイ:	年 月 日～	年 月 日まで(泊)
	産後デイケア:	年 月 日～	年 月 日まで(日間) (8時間・6時間・4時間・2時間)
	アウトリーチ:	年 月 日 時 分～	時 分(3時間以内)
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後、心身の不調がある。 <input type="checkbox"/> 産後、育児不安がある。 <input type="checkbox"/> 家族などから十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> その他()		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
同意書	<p>私は、産後ケア事業の利用申請にあたり次の事項に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○住民基本台帳等による世帯状況及び所得状況について調査すること ○委託先へ申請事項等の情報提供すること ○利用希望日については、希望に添えないこともあること ○利用者の健康状態等について委託先施設と河合町との間において相互に情報提供すること <p style="text-align: right;">署名 _____</p>		

- アレルギー 無・有(種類:)
- 好き嫌い 無・有(種類:)
- 食へのこだわり 無・有