

様式第 1 号(第 6 条関係)

年 月 日

高千穂町産後ケア事業利用申請書

高千穂町長 様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

(利用者との続柄 _____)

(連絡先 _____)

高千穂町産後ケア事業実施要綱 (令和 5 年告示第 23 号) 第 6 条の規定により、高千穂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。

また、利用者負担金算定のため、利用者と世帯員の町民税課税状況について町が確認すること及び申請内容を利用する委託機関に情報提供すること、委託機関と利用時の経過について情報共有することに同意します。

記

利用者	ふりがな			生 年 月 日
	氏名(母)			年 月 日 (歳)
	ふりがな			生 年 月 日
	氏名(児)	男・女		年 月 日 (か月) 出生時体重 g (週)
	住 所 (住民票所在地)	(〒 -) 高千穂町大字		
	電話番号		出産施設名	
申請理由 (番号を○で囲む)	1. 出産後の身体回復に不安がある 2. 育児について不安がある 3. 日常生活について不安がある 4. 授乳について不安がある 5. その他 ()			
希望する利用型 及び 初回利用希望日	宿泊型 ・ デイサービス (日帰り) 型 ・ アウトリーチ (訪問) 型 初回利用希望日 (年 月 日)			
希望する事業所	(第 1 希望)		(第 2 希望)	
世帯区分 (番号を○で囲む。)	1 区分 A (一般世帯) 2 区分 B (生活保護世帯)			