

飯豊町宿泊型産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

飯豊町長 様

次のとおり飯豊町宿泊型産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	飯豊町大字 電話			
	緊急連絡先	氏名	続柄		
		住所	電話		
	ふりがな 子の氏名	男・女	生年月日	年 月 日	出生体重 g
	ふりがな 子の氏名	男・女	生年月日	年 月 日	出生体重 g
出産医療機関		出産(予定)日	年 月 日		
(申請者除く) 世帯構成	氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校等名	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
世帯区分 該当する場合☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
申請理由 (困っていることや 支援がほしいことな どについてご記入く ださい。)					
飯豊町宿泊型産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及び産後ケアの利用に必要な情報を飯豊町宿泊型産後ケア事業を実施する医療機関等に情報提供することに同意します。 また、利用者の健康状態について医療機関等から飯豊町に情報提供することに同意します。 飯豊町が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。 自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>					

※状況により希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

1 医療機関に宿泊しケアを受ける（宿泊型）

利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日（泊 日）
希望医療機関	
特に希望する ケア内容に☑を つけてください。	<input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理（こころの健康含む）や生活面のケア <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳に関するケア <input type="checkbox"/> 子供の発育・発達、体重・排泄・栄養等のチェック <input type="checkbox"/> 沐浴、抱っこの仕方など育児方法に関するケア <input type="checkbox"/> 子育て相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※飯豊町確認欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生保	承認審査	承認 ・ 不承認
委託医療機関		前回利用期間	

