

年 月 日

三木町長 殿

申請者
住 所
氏 名
(利用者との関係)
電 話

三木町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

なお、申請につき町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

また、これらの情報及び出生時の状況等について町から委託助産師会へ提供されることを承諾します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	三木町 電話()		
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産(予定) 施設名			
利用希望 事業・期間	☐ 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	☐ デイサービス (日帰り型)	年 月 日～ 年 月 日 (うち 日、利用予定日)	
	☐ アウトリーチ型 (訪問型)	年 月 日～ 年 月 日 (うち 日、利用予定日)	
利用希望施設 (助産所)	※宿泊型・デイサービス型のみ記入してください。 アウトリーチ型は自宅に訪問します。		
申請理由 (具体的に記入)			
自己負担金区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ※チェックを入れて下さい。		
備考			

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。