

様式第1号（第6条関係）
（表面）

寄居町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）

寄居町長

私は、下記のとおり寄居町産後ケア事業の利用を申し込みます。なお、利用に際し同意事項に同意します。

記

本人 (母)	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所			電話番号		
	緊 急 連 絡 先	氏名		電話番号		
		住所		本人と の 関 係		
出産医療 機 関 の 名 称			出 産 日 (出産予定日)	年 月 日 (予定日)		
(子)	子の氏名		在胎週数	週	出生体重	g
	子の氏名		在胎週数	週	出生体重	g

世帯 構 成	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考
		(母)			
		(子)			

(裏面)

医療機関等名称		
利用区分 希望日	宿泊型	年 月 日 () から 年 月 日 () まで (泊)
	日帰り型	年 月 日 () から 年 月 日 () まで (日間)
	訪問型	年 月 日 () から 年 月 日 () まで (日間)
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的な不調があるため <input type="checkbox"/> 出産後の心理的な不調があるため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため <input type="checkbox"/> 家族等から家事、育児等の援助が十分に受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()	
	症状や不安を具体的に記入	

情報提供及び課税状況の署名欄

同意書	
1 情報提供についての同意事項	
(1) この申請書の内容について、産後ケア事業を委託する医療機関等に提供すること及び当該実施施設と寄居町との間において利用者の健康状態等について情報を共有すること。	
(2) 町が母子保健サービスの提供のために、関係部署に情報を提供すること。	
同意者 (本人) 氏名 _____	
2 利用者負担額についての同意事項	
利用者負担額の決定のため、私の課税状況等について必要な範囲以内で、関係部署に照会し、確認すること。	
同意者 (本人) 氏名 _____	
同意者 氏名 _____	同意者 氏名 _____
同意者 氏名 _____	同意者 氏名 _____