

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

川辺町長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先

川辺町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

川辺町産後ケア事業の利用を次のとおり申請します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話 住所		
乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日( か月)
出産(予定)施設		出生体重	g
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用希望種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
利用希望場所	訪問型 住所 様方 電話		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他		
希望する項目	<input type="checkbox"/> 母親の身体的ケア、保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 授乳方法の指導や乳房のケア <input type="checkbox"/> 育児の手技についての指導や相談 <input type="checkbox"/> その他の生活の相談（ )		
川辺町産後ケア事業を利用するにあたり、次のことに同意します。			
1. 川辺町産後ケア事業利用申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を、委託事業者、その他関係機関等と情報共有すること。			
2. 利用者の住民基本台帳情報を閲覧すること。			
3. 世帯の住民記録情報、課税情報及び生活保護受給状況について、町が照会・確認すること。			
_____年 月 日 _____署名			

【添付書類】

- 1 所得課税証明書（1月1日現在、川辺町に住民登録がない市町村民税非課税世帯のみ）
- 2 生活保護受給証明書（生活保護世帯のみ、当町で確認できる場合は除く。）