

様式第1号（第7条関係）

氷川町産後ケア事業利用申請書兼同意書

氷川町長 様

私は、次のとおり氷川町産後ケア事業の利用を申請します。

申請日 年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日				
	氏 名			電話番号				
	住 所	〒 氷川町						
	緊急連絡先	氏名		続柄		電話		
		住所						
	出産(予定) 医療機関			出産日(出産予定日)				
子	乳児の氏名①			出生体重			妊娠週数	
	乳児の氏名②			出生体重				
世帯構成	氏 名	ふりがな	続柄	生年月日		職 業		
生活保護受給の有無			無 ・ 有					
希望するサービス 希望するサービスにチェック		利用希望時期			利用希望泊(回)数 (訪問型と通所型は合わせて6回まで)		利用希望施設	
☐ ショートステイ (宿泊型)		月 日～	年 月 日	泊 日				
☐ 多胎利用		月 日～	年 月 日	泊 日				
☐ 訪問ケア(訪問型)		月 日～	年 月 日	回				
☐ デイケア(通所型)		月 日～	年 月 日	回				
☐ 多胎利用		月 日～	年 月 日	回				
申請理由	(心配していること等、具体的に記入してください)							
①氷川町産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ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、事業者から氷川町に情報提供することに同意します。 ②利用者負担金に係る所得区分を確認するために、利用申請の審査に必要な範囲で世帯員全員の住民票登録資料、税務資料等について状況調査することに同意します。 ③転入等のため世帯の課税状況が氷川町の税務資料等で確認できない場合において、市町村民税非課税世帯であることを証明する資料を提出しない場合は、町民税課税世帯とみなされることに同意します。 ④利用者負担金、その他実費については、直接施設に支払います。 ⑤町の事業利用承認前に事業を利用し、審査の結果、事業利用不承認となった場合は、利用料を全額支払います。 年 月 日								