

産後ケア事業 利用申請書 兼 個人情報提供・閲覧同意書

（宛先）阿南町長

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請の種類		1. 新規		2. 延長（既利用日数 日）		
		1. 宿泊型		2. デイサービス型		
申請者 （利用者）	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏名				（ 歳）	
	住所	（〒 — ）		連絡先（電話番号）		
		阿南町		自宅： 携帯：		
	緊急連絡先	氏名： （申請者との関係： ） 連絡先：				
	ふりがな		性別	生年月日		（第 子）
	子の氏名		男・女	年 月 日		
ふりがな		性別	（ か月）		（第 子）	
子の氏名		男・女				
申請者以外の家族 状況 【町外在住の場合は氏 名の後に（町外）と記 入してください】	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄 年齢	
出産（予定）施設名						
出産（予定）年月日		年 月 日	退院・退所 （予定）年月日	年 月 日		
利用（予定）期間又は延長（予定） 期間		年 月 日から 年 月 日 （ 日間）				
産後ケア事業利用医療機関等の 名称						
利用を希望する理由（困っていることや心配なこと等具体的に記入してください。）						
医師又は助産師の意見 1 事業利用の要否 （ 要 ・ 不要 ） 2 事業が必要な理由（該当するものに○をつけてください） ア 産後のからだの回復に不安がある。 イ 育児に不安がある。 ウ 休養や栄養など生活面で相談を必要とする。						
記入者（医師又は助産師） 職・氏名			印 （署名の場合は、印不要）			
個人情報提供 ・ 閲覧同意欄		1 私が事業を利用するに当たり、町が必要な住民基本台帳及び保護台帳 又は課税台帳を閲覧することに同意します。また、閲覧により確認がで けない場合は、町が求める必要書類等を提供します。 2 町が委託先である医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに 同意します。また、委託先である医療機関等が、サービスの利用状況及 び健康状態等を町へ情報提供することについても了承します。				
		申請者（利用者）氏名		印 （署名・押印）		