

大衡村産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

大衡村長 様

申請者 住 所 大衡村

氏 名

(続柄： )

連絡先

下記のとおり、大衡村産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用 者 情 報	フリガナ		生年月日		年 月 日
	母の氏名				(満 歳)
	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	子の氏名				
	住 所	(〒 - ) 大衡村			
緊急連絡先	氏名： 続柄 ( )				連絡先：
出産（予定）医療機関					
母子健康手帳交付番号					
申請理由		<input type="checkbox"/> 自分の体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため指導・相談を受けたい <input type="checkbox"/> 産婦人科等から産後ケア事業を勧められた <input type="checkbox"/> その他の理由 ( )			
希望するサービス種別		<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 相談型			
希望する施設					
希望するサービス内容 複数回答可		<input type="checkbox"/> 母体の健康管理や生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達の相談 <input type="checkbox"/> 授乳方法の指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケア・乳房トラブルに関する相談 <input type="checkbox"/> 沐浴など育児方法に関する指導 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
利用希望日		年 月 日 ( ) から 泊			

※初回の利用日は村で調整します。2回目以降は、同施設での利用に限り、直接利用施設と日程調整いただいても構いません。利用施設を変更される場合は、再度申請が必要です。

同意 欄	1. 大衡村が私及び生計を一にする世帯員の住民税情報について調査・閲覧することに同意します。ただし、調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 2. 大衡村が委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が大衡村に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3. 大衡村が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。				
	署名 (続柄 ) 署名日 年 月 日				

※村記入欄

利用について	可・否	所得区分	世帯	決定通知送付日	年 月 日
--------	-----	------	----	---------	-------