

大衡村産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

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	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	母の氏名			
	住 所	大衡村		
	連 絡 先			
	母子健康 手帳番号		出産(予定)日	年 月 日
要件確認		<input type="checkbox"/> 出産後、疲労や育児不安等がある <input type="checkbox"/> 家族などから家事・育児協力が得られない <input type="checkbox"/> 母子ともに入院治療が必要と判断されていない <input type="checkbox"/> その他 ()		
希 望 す る ケ ア	種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 相談型		
	実施施設			
	内容	<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"/> 休息 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望日	年 月 日 ()		
所得区分		<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

【同意欄】

<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。
--

※村記入欄

申請受付日	年 月 日	所得区分	課税・非課税・生活保護
決定通知送付日	年 月 日	利用者番号	