

大石田町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

大石田町長 殿

次のとおり産後ケア事業の利用を以下の通り申請します。

申請者 (利用者)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	大石田町			
	電話番号	(携帯)			
	児氏名		生年月日	年 月 日	
	児氏名		生年月日	年 月 日	
申請理由 (困っていることを具体的に記入してください)					
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用希望日： 年 月 日～ 年 月 日（泊 日）			
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	利用希望日① 年 月 日		利用希望日② 年 月 日	
		利用希望日③ 年 月 日		利用希望日④ 年 月 日	
		利用希望日⑤ 年 月 日		利用希望日⑥ 年 月 日	
		利用希望日⑦ 年 月 日		(合計 日)	
<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯・生活保護世帯				

同意事項 私は大石田町産後ケア事業の利用を申請するにあたり下記について同意します。

- 1 申請書及び世帯員の町税納付状況・課税状況・住民基本台帳の閲覧、生活保護の確認
- 2 町が事業委託する医療機関等に本申請書に記載された内容やサービスに必要な情報を提供すること
- 3 利用者の健康状態等について、事業者から大石田町に情報提供すること

年 月 日 申請者氏名 _____