様式第１号（第６条関係）
香春町産後ケア事業利用申請書

香春町長 殿

母子健康手帳　No.

次のとおり、香春町産後ケア事業の利用を申請します。

年　　月　　日

（ふりがな） 母の氏名	（　　）		生年月日 （年齢）	年　月　日（　歳）		
住　所	香春町		電話番号			
緊急連絡先	氏名		申請者との関係		電話番号	
	住所	（申請者と住所が異なる場合のみ記入）				
出産（予定）日						
出産（予定）施設名						
（ふりがな） 子の氏名	（	第　子	出生時　身長　cm 体重　g	妊娠期間	週　日	
	（	第　子	出生時　身長　cm 体重　g	妊娠期間	週　日	

希望するサービス	利用希望日	利用開始時刻	利用終了時刻
□ショートステイ	年　月　日　～　年　月　日	:	:
	年　月　日　～　年　月　日	:	:
	年　月　日　～　年　月　日	:	:
	年　月　日　～　年　月　日	:	:
	年　月　日　～　年　月　日	:	:
	年　月　日　～　年　月　日	:	:
□デイサービス （□アウトリーチ型）	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
	年　月　日	:	:
利用希望施設			
特に利用を希望する項目	１.産後の母体管理及び生活面の保健指導　　２．乳房ケア ３.沐浴、授乳等の育児指導　　４.その他の保健指導（　　）		
利用申請理由 （特に心配なこと）	アレルギー：有（　　）・無		

同　意　欄

①世帯状況及び自己負担額に係る町民税課税状況を確認するため、香春町が申請者が属する世帯の住民基本台帳及び町民税情報を閲覧すること。
②産後ケア事業の利用に当たり、香春町が委託事業所に対して必要な個人情報（本利用申請書等）を提供すること及び委託事業所が香春町に対して必要な個人情報を提供すること。
③産後ケア事業実施施設へ自己負担額を支払うこと。
上記の①、②、③に同意します。　　年　　月　　日　　申請者氏名　　㊞

※町記入欄

世帯の課税状況	□　町民税課税世帯	□世帯員課税情報確認
	□　町民税非課税世帯	世帯課税状況を照会することに同意します。
	□　生活保護世帯	香春町　　受付者（　　）