

羅臼町産後ケア事業利用申請書

申請年月日 年 月 日

羅臼町長

申込者	住所	目梨郡羅臼町	町
	氏名		印
	利用者との関係		
	連絡先(Tel)		

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

※緊急時に連絡が取れる番号を記載

	1 新規 2 再申請			
利用者	住所 ※申込者と同じ場合は不要 目梨郡羅臼町 町			
	母の氏名			
	子の氏名			
世帯構成	氏名	性別	続柄	職業・学校等
既往歴				
アレルギーの有無				
個人情報の提供に関する同意	本事業の利用にあたり、羅臼町が受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が羅臼町に対して必要な情報な個人情報を提供することに同意します。生活保護受給に関して情報閲覧に同意します。 利用者氏名 印			
出産医療機関				
利用期間	宿泊型 年 月 日～ 日間			
利用日	日帰り型 年 月 日			
利用希望施設				
利用を希望される理由 ①家族等から十分な支援を受けることができないため ②心身の不調により休養したいため ③乳房ケアについて不安があるため ④育児(授乳、沐浴など)について不安があるため ⑤その他()				

注)1 申請者氏名欄は、申請者が署名し押印してください。

2 生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付するか、保健福祉課内での情報閲覧の同意に署名をしてください。

3 担当者記入欄 母子手帳で妊産婦であることを確認し、をいれる⇒

本登録申請年月日
年 月 日