

(様式1)

令和 年 月 日

美幌町長様

美幌町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、美幌町産後ケア事業の利用を申請します

申請者氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
住 所	美幌町字	電話番号	
出産 (予定) 医療機関			
子の氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 予定日	令和 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 母乳の相談、乳房マッサージを受けたい <input type="checkbox"/> 授乳の仕方や哺乳量の確認など、育児の相談をしたい <input type="checkbox"/> 子宮や骨盤の回復など産後の体について相談したい <input type="checkbox"/> その他 ()		
同意書	<p>① 利用日の調整は、申請者(利用者)と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないことがあります。</p> <p>② 利用料(訪問型は交通費も)は、1回毎に現金で直接事業所にお支払いください。 *生活保護世帯の方は、利用料が無料となります(訪問型の交通費は実費)。 現在、生活保護費を受給していますか?→はい・いいえ</p> <p>③ 当該事業に必要な情報を、美幌町から事業所に提供する場合があります。</p> <p>④ 利用結果については、事業所から美幌町に報告されます。</p> <p>⑤ 利用可能期間・回数を超えての利用はできません。その場合は全額自己負担となります。</p> <p>⑥ 利用カードの発行を受けても、美幌町から転出された場合は利用できません。</p> <p>⑦ 美幌町産後ケア利用カードを提示せずに、本事業を利用することはできません。</p> <p>上記について同意し、申請します。</p> <p>令和 年 月 日 申請者氏名 _____</p>		