

年 月 日

大野町産後ケア事業利用申請書

大野町長 様

私は、次のとおり大野町産後ケア事業の利用を申請します。

利用 者	母氏名		生年月日	年 月 日
	住 所	大野町大字 電話：		
	児氏名		生年月日	年 月 日
申 請 理 由	☐ 産後に心身の不調又は強い育児不安がある。 ☐ 家族等から十分な育児等の支援が得られない。 ☐ その他（ ）			
希 望 種 別	☐ 宿泊型 年 月 日～ 年 月 日 ・ 未定 ☐ 通所型 ☐ 訪問型			
希 望 ケ ア 内 容	☐ 心身の健康管理、生活面の相談及び指導 ☐ 乳房管理（乳房ケアを含む）に関する相談及び指導 ☐ 授乳沐浴等の子育てに関する相談及び指導 ☐ 乳児の発育及び発達の確認 その他（ ）			
自 己 負 担 金	減免該当の有無 ☐ 無 ☐ 有 （ ☐ 市町村民税非課税世帯 ・ ☐ 生活保護世帯）			
同 意 書	私は、次の事項について同意します。 ☐ 産後ケア実施事業者と大野町との間で必要な情報を、相互に情報交換すること。 ☐ 申請事項に変更が生じた場合は、当該利用日の前々日（土日祝日を除く）の午後 5 時までに、町又は事業者へ通知すること。利用変更又は中止の申出を行わず、利用を中止した場合は、自己負担金と同額をケア実施事業者へ支払うこと。 〈自己負担金減免該当の場合〉 ☐ 町が利用者の属する世帯構成員の市町村民税課税状況または生活保護受給について、調査すること。※住民登録が 1 月 1 日時点で大野町以外にある場合、課税状況が確認できる書類を添付すること。 年 月 日 署名：			