様式第１号（第７条関係）
美郷町長　様

美郷町産後ケア事業利用申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">利用者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>緊急連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">妊(産)婦の
身体的状況</td><td colspan="4">妊娠中　　異常なし　・　あり（　　）
出産後　　異常なし　・　あり（　　）</td></tr>
<tr><td>出産(予定)医療機関</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由（該当する項目に〇をつけてください。）</td><td colspan="4">１　家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられないため
２　産後に心身の不調、育児不安等があるため
３　その他の理由〔　　〕</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業種別及び
利用希望日</td><td colspan="4">□日帰り型　　（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）</td></tr>
</table>

世帯構成（利用者ほか）	氏名	続柄	生年月日	職業	備考

世帯区分（該当する場合、チェックをしてください）	□生活保護世帯　　□町民税非課税世帯

＜同意書＞

１．審査に必要な私及び私の世帯員の課税状況等を調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出します。
２．美郷町が委託事業者に必要な情報を提供する場合があります。また、利用の結果については、美郷町に委託事業者から報告されます。
３．美郷町が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認する場合があります。
４．利用日の調整の結果、希望に添えない場合があります。また、利用可能日数を超えて利用することはできません。

上記に同意し、利用を申請します

年　　月　　日　　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆者氏名　　続柄:　　）

申請受付年月日	収受印	決定年月日	年　　月　　日
			承認　No.　　・不承認