

〒
申請者住所
申請者氏名 (続柄：)
電話番号

大和町産後ケア事業申請書兼情報提供同意書

下記のとおり、大和町産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用 者	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)	
	母の氏名						
	住 所	大和町					
	電話番号	(自宅)			(携帯)		
	緊急連絡先	氏名： 続柄 () 電話番号：					
	フリガナ		性 別	何子目	生年月日	在胎週数	出産予定日 ※在胎週数37週未満の場合記入
	児の氏名						
	フリガナ		性 別	何子目	生年月日	在胎週数	出産予定日 ※在胎週数37週未満の場合記入
児の氏名							
(利 用 者 構 成 他)	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業	備考	
妊(産)婦の 身体的状況	妊娠中 異常なし ・ あり () 出産後 異常なし ・ あり ()						
	出産(予定)日	年 月 日		出産(予定)医療機関			
	母子健康手帳番号						
申請理由	☐ 産後に家族等身近な人から家事・育児などの十分な支援が受けられない。 ☐ 産後に心身の不調があるので休みたい。 ☐ 育児に不安があるため指導や相談を受けたい。 ☐ 出産した産婦人科等から勧められた。 ☐ その他 ()						
希望するサービス	☐ 宿泊型 ☐ 通所型 ☐ 訪問型						
世 帯 区 分	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯 3. 町民税課税世帯						
同 意 欄	1. 大和町が私及び生計を一にする世帯員の大和町町民税情報について調査・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いたします。 2. 大和町が委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が大和町に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3. 大和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ことに同意します。 【 同意します ・ 同意しません 】						

※町記載欄

申請受付者	課税確認者	課税状況	利用可否
		課税 ・ 非課税 ・ 生活保護	可 ・ 否