様式第１号（第７条関係）

年　　　月　　　日

鞍手町産後ケア事業利用申請書

鞍手町長　様

下記のとおり、鞍手町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者（利用者）　氏　名（自署）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | | 年　　月　　日 |
| ふりがな |  | | 生年月日 |
| 乳児氏名 | 第（　　）子 | | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 鞍手町  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄（　　　　　）  住所  電話番号 | | |
| 産後ケア種類 | 宿泊型（ショートステイ） | | 最大7日 | 利用者負担額の減免は  1人あたり５回（日）まで |
| 通所型（デイサービス） | | 最大7回 |
| 訪問型（アウトリーチ） | | 最大３回 |
| 出産（予定）施設名 | |  | | |
| 利用を希望する理由（困っていることや心配なことなど、具体的に記入してください） | | | | |
| 申請に際して以下の１～５に同意します。   1. 鞍手町が世帯状況の確認及び利用者負担額決定に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。 2. 鞍手町が産後ケア事業の利用に必要な情報を利用事業所に情報提供すること、及び産後ケア利用後、母子を支援するため、利用事業所が鞍手町に対し必要な情報を提供すること。 3. 利用者負担額は利用事業所に対して支払うこと。 4. 利用に際し発生する食費、寝具、光熱水費、消毒、洗濯以外の必要経費については、利用事業所に対して支払うこと。 5. 利用を中止する場合、利用事業所が定めた期日までに事業所に連絡を入れること。利用事業者が定めた期日までに連絡をしなかった場合、事業所にキャンセル料を支払うこと。   　　　　　　年　　　月　　　日　　　申請者(利用者)氏名（自署） | | | | |