様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

小国町長　殿

小国町産後ケア事業利用申請書兼同意書

小国町産後ケア事業の利用を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">利用者</td><td colspan="2">住所　　小国町大字</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>母氏名</td><td colspan="2">生年月日
年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>児氏名
（男・女）</td><td colspan="2">生年月日
年　月　日（　か月　日）</td></tr>
<tr><td>出生体重　　g</td><td colspan="2">出産医療機関名</td></tr>
<tr><td>世帯区分</td><td colspan="3">□町民税課税世帯　□町民税非課税世帯　□生活保護世帯</td></tr>
<tr><td>希望する産後ケア</td><td colspan="3">□医療機関に宿泊しケアを受ける（宿泊型）
□自宅でケアを受ける（訪問型）</td></tr>
<tr><td>実施希望日等</td><td colspan="3">□宿泊型　①利用希望日　年　月　日　～　年　月　日（　泊　日）
②希望医療機関　（　）
□訪問型　□自宅（上記住所）
□その他　（住所）小国町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="3">□自身の体調に不安がある　□授乳や母乳、乳房ケアについての不安がある
□育児についての不安がある　□子の発育・発達についての不安がある
□その他（　）</td></tr>
</table>

小国町産後ケア事業利用申請書兼同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報について、小国町産後ケア事業を実施する事業者に情報提供することに同意します。また事業者からサービス利用の結果について、小国町に情報提供することに同意します。

小国町が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。

自己負担金免除決定に際して、世帯全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

年　　月　　日　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署または記名押印）

※小国町確認欄

世帯区分	□課税　□非課税　□生保