

記入例

第1号様式（第7条関係）

伊奈町産後ケア事業利用申請書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先)
伊奈町長申請者 住 所 伊奈町中央5-179
氏 名 伊奈 花子
電話番号 048-720-5000

次のとおり伊奈町産後ケア事業を利用したいので、伊奈町産後ケア事業実施要綱第7条に基づき、申請します。

利用 希望 者	住 所	伊奈町中央5-179		
	母親の氏名	フリガナ イナ ハナコ 伊奈 花子	生年月日	平成〇年〇月〇日 (〇歳)
	乳児の 氏名等	伊奈 太郎	生年月日	令和〇年〇月〇日 (〇か月)
		男・女 (第 子)	出生体重	3000g
	乳児の 氏名等	※双胎の場合記入	生年月日	(か月)
		男・女 (第 子)	出生体重	
出産施設名		伊奈ローズクリニック		
申請理由 (心配していること)		(具体的に記入してください。) ・初めての育児で不安であるため、授乳の仕方やミルクの足し方を相談したい ・ワンオペ育児で心身に不調をきたしているため、休息をとりたい 等 ※産後ケアを希望する理由を具体的に記入する		
利用種別		☒ 短期入所型 希望日：〇/〇～〇/〇	☒ 居宅訪問型 希望日：	希望する利用種別を記入する 希望日がなければ未記入可
緊急連絡先		氏名 伊奈 一郎 続柄 夫 電話 090-1234-5678	氏名 続柄 電話	
申請に当たり、次の事項について同意します。 ・産後ケア利用時に、利用者負担額を委託事業者へ支払うこと。 ・申請の内容を利用する委託事業者に情報提供すること。 ・委託事業者が町に利用状況を報告すること。 ・利用要件確認及び利用者負担額の決定のため、町の住民基本台帳や世帯の課税情報等を確認すること。 令和〇年 〇月 〇日 氏 名 伊奈 花子 (自署)				