

(宛先)
伊奈町長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

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		
	母親の氏名	フリガナ	生年月日	(歳)
	乳児の 氏名等		生年月日	(か月)
		男 ・ 女 (第 子)	出生体重	
	乳児の 氏名等		生年月日	(か月)
		男 ・ 女 (第 子)	出生体重	
出産施設名				
申請理由 (心配していること)		(具体的に記入してください。)		
利用種別		☐ 短期入所型 希望日：	☐ 居宅訪問型 希望日：	
緊急連絡先		氏名 続柄 電話	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。 年 月 日 氏 名 (自署)				