

課長	副課長	係長	担当

四万十町産後ケア事業利用申請書			
四万十町長 様		年 月 日	
次のとおり、産後ケア事業(宿泊型産後ケア、訪問型産後ケア)の利用を申請します。			
フリガナ 申請者氏名 (利用者)		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所 電話番号	四万十町 () ー		
緊急連絡 電話番号		緊急連絡先 氏名・続柄	
出産日 (予定日)	年 月 日	出産医療機関	名称
利用希望医療 機関等の名称			
宿泊型利用 希望日	年 月 日 () ～ 年 月 日 ()		
病気等	今までかかった病気について	☐ なし	☐ あり ()
	現在、通院中の病気について	☐ なし	☐ あり ()
	アレルギーについて	☐ なし	☐ あり ()
世帯区分	☐ 住民税課税世帯 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
申請理由 (複数回答可)	☐ 身体の回復や体調に不安がある ☐ 育児に不安がある ☐ 授乳に不安がある、または不安な気持ち強い ☐ その他(具体的に) [☐ 赤ちゃんとの生活に不安がある		
産後心配 していること			
同 意 書			
私は、当申請に関し次の事項に同意します。			
利用者氏名 _____			
(1) このサービスを利用するために、申請書の内容を事業者等(施設や助産師)に提供すること及び利用者の状況等について、事業者から四万十町に情報提供をすること。			
(2) 利用時に利用者負担金を事業者に直接支払うこと。			
(3) 母子保健サービス提供のために、利用時の状況等に関する情報を四万十町が利用すること。			
(4) 産後ケアサービスを受けた結果に基づき、四万十町から連絡することがあること。			

◎住民税非課税世帯、生活保護世帯の方は、裏面の同意書にも御記入ください。

※当該年度の課税状況(4月から6月までの利用に係る申請は前年度の課税状況)を確認します。町の台帳で確認できない場合は、別途利用者世帯の所得課税証明書等の資料を求める場合がありますので、ご了承ください。

※生活保護世帯の方は生活保護の受給が確認できる書類の提出をお願いします。

※以下の欄は町が記載します。

受付日	決 定 年 月 日	年 月 日 承認 (No.) ・ 不承認
	通 知 書 送 付 日	年 月 日
	区 分	☐ 住民税課税 ☐ 非課税 ☐ 生活保護
	減免希望	☐ あり ☐ なし 円 × 日 =
	利 用 者 負 担 金	円

同 意 書

年 月 日

申請者（利用者）

フリガナ
氏 名

生年月日 年 月 日

四万十町産後ケア事業を利用するにあたり、自己負担金の決定に必要な、私の世帯の「税務課が保有する住民税の課税状況」及び「健康福祉課が保有する生活保護の受給状況に関する情報」を利用することに同意します。

1 同意者（申請者本人）フリガナ
氏名

年 1 月 1 日住所

2 同意者（申請者と同じ世帯員の署名）

・申請者との続柄（ ）

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日

年 1 月 1 日住所

・申請者との続柄（ ）

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日

年 1 月 1 日住所

・申請者との続柄（ ）

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日

年 1 月 1 日住所

※未成年者については、親権者の代筆で可