様式第１号（第９条、第10条関係）

年　　月　　日

　上市町長　宛て

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　 印

連絡先

上市町産後ケア事業利用承認申請書

上市町産後ケア事業を利用したいので、上市町産後ケア事業実施要綱第９条第１項の規定により、次のとおり申請します。

　あわせて、上市町産後ケア事業の利用の審査に関し、上市町長が私の住民基本台帳を閲覧することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の種類 | □　新規　　　　　　　　□　継続 |
| 利用予定年月日 |  |
| 利用医療機関等 |  |
| 申請理由 | １　体調不良がある２　育児不安がある３　家族等から産後の援助が受けられない４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 子の状況 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 出産医療機関名 |  | 出生週数 | 　　　　　週　　日 |
| 出生体重 | g |
| かかりつけ医 |  |
| 家族構成 | 夫　・　子（　　人）　・　実父　・　実母　・　義父　・　義母その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | 上市町産後ケア事業の利用に係る負担金の減額承認申請をする場合は、左の□欄に✔を記入してください。 |
| 上市町産後ケア事業の利用に係る負担金の減額を受けたいので、上市町産後ケア事業実施要綱第10条第２項の規定により、同意書（様式第４号）を添えて申請します。 |

備考

１　「申請の種類」については、該当する□欄に✔を記入してください。

２　「申請理由」及び「家族構成」については、該当するものに○を付し、又は必要事項を記入してください。

　　３　上市町産後ケア事業の利用に係る負担金の減額承認申請をする場合は、同意書（様式第４号）を添付してください。

４　この申請書を提出するときは、母子健康手帳を提示してください。

【町処理欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日　 | 決定年月日 | 年　　月　　日　 |

様式第４号（第10条、様式第１号関係）

同意書

　上市町産後ケア事業の利用に係る審査のため、生活保護の記録及び税情報について、上市町長が関係機関に調査及び照会をし、並びに関係する台帳等を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

住　所

（申請者）氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

氏　名

　※　申請者の世帯に属する全ての者（未成年者及び成年被後見人を除く。）が署名してください。