

様式第1号（第6条関係）

大 任 町 長 殿

大任町産後ケア事業利用申込書

令和 年 月 日

申込者 住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 (利用者との続柄 _____)
 連絡先 (電話) _____

産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

なお、申し込みの際して以下①～③のことに同意します。

- ①世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。
- ②産後ケア事業の利用に必要な情報を、大任町が委託事業者へ情報提供すること、及び委託事業者が大任町に対し必要な個人情報を提供すること。
- ③利用料等については、委託事業者へ直接支払うこと。

申込の種類		新規 ・ 変更 ・ 延長利用			母子健康手帳交付番号		
利用者	住 所	大任町大字					
	(ふりがな) 母の氏名	生年月日		電 話 番 号			
	(ふりがな) 子の氏名	生年月日		年 月 日 () 歳			
世帯構成		氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
緊急連絡先		氏名 _____ 利用者との続柄 ()					
		住所 _____ 電 話 番 号 _____					
出産施設名							
出産日		年 月 日	退院 (予定) 日		年 月 日		
利用希望サービス							
利用希望施設							
利用希望期間		令和 年 月 日					
利用する理由 (特に心配なこと等、具体的に記入してください)							

大任町使用欄

世帯の課税状況	1. 町民税課税世帯 2. 町民税非課税世帯 3. 生活保護世帯	階層確認方法：
---------	--	---------