様式第１号（第７条関係）

申請日　　年　　月　　日

いの町産後ケア事業利用登録申請書

いの町長　様

次のとおり、産後ケア事業（宿泊型・通所型・訪問型）の利用登録を申請します。また申請にあたり以下のことに同意します。

１．この事業を利用するために、申請内容を事業者（助産師）に提供すること並びに利用者の状況等について、事業者からいの町に情報提供すること。

２．利用料に係る世帯区分を確認するために、いの町が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧すること。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	年　月　日 （　　歳）
	氏名				
	住所	（〒　　－　　） いの町 電話　（　　）			
	申請者以外の緊急連絡先	氏名	続柄	電話　（　　）	
		住所　□上と同じ			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			出生日 （出産予定日）	年　月　日
	利用する乳児の氏名				
	出産（予定）医療機関				
	世帯構成	氏　名	続　柄	生年月日	勤務先・学校の名称
				年　月　日	
				年　月　日	
				年　月　日	
				年　月　日	
世帯の区分	□【区分Ａ】町民税課税世帯　□【区分Ｂ】町民税非課税世帯　□【区分Ｃ】生活保護世帯				
アレルギー疾患	・申請者本人　無　・　有　（　　）				
	・乳児　無　・　有　（　　）				
申請理由（心配していること）	□　お母さんの体調に不安がある。 □　育児について不安がある。 □　日常生活面で不安がある。 □　その他 ［　　］				
利用料の減免に係る添付書類	□生活保護受給証明書 □町民税非課税証明書（世帯全員が非課税であることが確認できるものが必要です。） ※利用料の支払い後の減免はできません。				

※町記入欄	□住民登録　（住定日　　年　　月　　日） □本人確認 ・妊婦面接　（済　／　）・未実施　・面接担当者　（　　） ・決定年月日　　年　　月　　日　承認№（　　）・不承認 ・世帯区分　□【区分A】課税　□【区分B】非課税　□【区分C】生保）	受付印