

別記様式（第5条関係）

産後ケア利用申込書

年 月 日

軽井沢町長 様

次のとおり軽井沢町産後ケア事業を利用したいので申し込みます。

申込みの種類 (該当を○で囲んでください。)		宿泊型 ・ 居宅訪問型	
利用者	住 所	軽井沢町	
	ふりがな 産婦(申込者)の氏名		
	産婦の生年月日	年	月 日生
	連 絡 先		
	ふりがな 子の氏名 ※名未定の場合氏のみ	男・女(第 子)	
	子の生年月日	年	月 日生
出産施設名			
退院(予定)年月日		年	月 日
利用年月日	宿泊型	年 月 日から 年 月 日まで (上記期間含め通算: 日間利用)	
	居宅訪問型	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
		3回目	年 月 日
利用実施機関等名			
<p>住民基本台帳の記録の状況等調査及び実施機関等への情報提供に係る同意及び誓約</p> <p>私が軽井沢町産後ケア事業を利用するに当たり、当該事業に係る負担金を判定するため、私及び私と同一の世帯に属する者に係る住民基本台帳の記録の状況、課税状況及び生活保護の受給状況について調査すること並びにこの申込書の写しを実施機関等へ提供することに同意します。</p> <p>なお、上記について世帯全員の同意を得ていることを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>			
※ 費用負担	宿泊型	負担なし・1割負担 (1日・1泊 _____円×____=_____円)	
	居宅訪問型	負担なし・1割負担 (1回 _____円×____回=_____円)	

- (注) 1 ※印欄は、記入しないでください。
 2 医療上、性別情報が必要となるため、性別欄を設けています。
 3 居宅訪問型の利用年月日は、申込者と利用実施機関等で調整し決定してください。