

様式第1号（第7条、第9条関係）

軽井沢町産後ケア宿泊型事業利用（延長）申請書

年 月 日

軽井沢町長 様

申請者 住所
氏名
連絡先（電話）

次のとおり軽井沢町産後ケア宿泊型事業を利用したいので申請します。

申請の種類（該当を○で 囲んでください。）		新規 ・ 延長	
利 用 者	住 所	（〒 ）	
	ふりがな 氏 名		
	ふりがな 子の氏名	男・女（第 子）	
出産（予定）施設名			
出産（予定）年月日		年	月 日
退院（予定）年月日		年	月 日
利用期間		年	月 日から 日間
産後ケア宿泊型事業 利用医療機関等名			
延長期間		年	月 日から 日間
利用（延長）する理由（具体的に記入してください。）			
<p>住民基本台帳の記録の状況等の調査及び医療機関等への情報提供に係る同意</p> <p>私が軽井沢町産後ケア宿泊型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、課税状況並びに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請書の写しを医療機関等へ提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>			
※産婦及び乳児の状態			
※町民税非課税世帯	該当 ・ 非該当	※生活保護受給世帯	該当 ・ 非該当

注 ※印欄は、記入しないでください。