

中川町産後ケア事業利用（登録）申請書

年 月 日

中川町長 様

下記のとおり、中川町産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

利用者	氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所	中川町				
	電話番号		緊急 連絡先	氏名	(続柄)	
	出産 医療機関					
子	ふりがな	-----	男・女 第 子	生年月日	年	月 日
	氏 名					
申請理由 ※当てはまるもの に ○をつけてくださ い		産後、心身の不調や育児の不安等がある。				
		その他（ ） ※その他の理由を具体的に記入してください				
< 同意欄 > ① 申請内容に虚偽があった場合は、中川町産後ケア事業を利用することはできません。 ② 利用日の調整は、申請者と事業実施施設が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。 ③ 中川町産後ケア事業利用に必要な情報を事業実施施設に提供します。 ④ 利用の結果については、事業実施施設が町に報告します。 ⑤ 利用期限や回数を超えて利用することはできません。 上記、①②③④⑤に同意します。 利用者氏名 _____ 申請者氏名 _____ (続柄 _____) ⑨ _____						

※町記入欄

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
承認の有無	☐ 決定	☐ 非該当	
自己負担	なし		
備考欄			

