

様式第1号（第6条関係）

辰野町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（届出先）辰野町長

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

また、申請するにあたり、生活保護法による被保護世帯の該当の有無の確認、及び世帯員の住民税課税状況を確認することに同意します。

| 申請の種類 | | 1. 新規 | 2. 再申請（既利用日数 | 日） |
|---------------------|--|--------------------|--------------|----------------|
| 利用者 （申請者） | ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | 緊急連絡先 | 氏名（続柄：） TEL |
| | ふりがな 乳児氏名 | （第 子） | | |
| | 出産（予定）施設名 | | 出産（予定）日 | 年 月 日 |
| 利用希望サービス （7日間以内） | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 日帰り型 （1日6時間以内） | 年 月 日から 年 月 日の間 日間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問型 （1日4時間以内） | 年 月 日から 年 月 日の間 日間 | | |
| 申請理由（具体的にご記入ください。） | | | | |

注）生活保護法による保護を受けている方は、「生活保護受給証明書」を添付してください。

※以下、町記入欄

| | | | |
|----------|---|--------|-------|
| ※申請受付年月日 | 年 月 日 | ※決定年月日 | 年 月 日 |
| ※世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 | | |