

大井町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大井町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、自己負担金の決定のために必要があるときは、申請者及び申請者の属する世帯の住民税課税状況について、町が確認することに同意します。

利用者（産婦）	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
利用者（乳児） *誕生前は出生予定日	フリガナ		
	氏 名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日 (第 子)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の心身不調について不安がある <input type="checkbox"/> 育児手技について不安がある <input type="checkbox"/> 家族からの支援が受けられない <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ・利用希望日から誕生日の前日までの日にちを記載してください。		
申請するサービスの種類	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型 (上限3回)	<input type="checkbox"/> デイサービス型 (上限7日)	<input type="checkbox"/> ショートステイ型 (上限6泊7日)
自己負担金	1回につき1,000円	1日につき2,500円	1日につき5,000円
世帯の住民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 *非課税世帯の方は無料となります		
緊急連絡先	フリガナ		
	氏 名	(続柄)	
	電話番号		

※この欄には記入しないでください。

世帯の課税状況確認欄	課税 ・ 非課税
------------	----------