様式第１号（第６条関係）

池田町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

池田町長　様

申請者　住　所
氏　名
電　話

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。この申請に当たり、町が住民基本台帳による世帯状況等を調査し、照会し、又は閲覧することに同意します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請の種類（該当するものを〇で囲んでください。）</td><td colspan="2">新規　・　継続</td></tr>
<tr><td rowspan="3">利用者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>子の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）施設名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">退院（予定）年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用（予定）期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から　　日間</td></tr>
<tr><td colspan="2">産後ケア事業利用医療機関等名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">延長（予定）期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から　　日間</td></tr>
<tr><td colspan="4">利用する理由（具体的に記入してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">医療機関等の意見

記入者　医療機関等名

医師又は助産師名</td></tr>
<tr><td colspan="4">※母子の状態</td></tr>
<tr><td>※申請受付年月日</td><td>年　月　日</td><td>※決定年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
</table>

（注）１　生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に生活保護受給者証明書を添付してください。
２　住民税非課税世帯であることの証明として申請時、世帯全員分の所得証明書類の提出を求める場合があります。
３　※印欄は、記入しないでください。