

標茶町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

(申請者) 住所:

氏名:

標茶町産後ケア事業を利用したいので、つぎのとおり申請します。

|  |   |       |       |
|--|---|-------|-------|
| 利用者<br>氏名  |   | 生年月日  | 年 月 日 |
| 住所   | 標茶町<br>(電話番号 )  |       |       |
| 出産日  | 年 月 日   | (第 子) |       |
| 申請理由   | <input type="checkbox"/> 産後の体調に不安がある <input type="checkbox"/> 休息の必要性<br><input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> 十分な育児、家事支援が受けられない<br><input type="checkbox"/> 母乳に関する相談・ケア<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |       |
| <p>情報提供に関する同意書</p> <p>標茶町産後ケア事業を利用するにあたり、標茶町と委託事業者において必要な情報を共有することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">利用者自署 _____</p> |   |       |       |

|         |          |           |              |
|---------|----------|-----------|--------------|
| 町民税課税状況 | ( ) 課税世帯 | ( ) 非課税世帯 | ( ) 生活保護受給世帯 |
|---------|----------|-----------|--------------|



非課税世帯または生活保護受給世帯の場合は自己負担無料で利用できます。該当する場合は、下記により承諾願います。

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 町民税課税状況等確認承諾書   |  |  |  |
| <p>私の世帯の町民税課税状況または生活保護適応状況について、産後ケア事業対象期間中は、公簿等により確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____</p> |  |  |  |

|            |    |       |      |     |    |      |
|------------|----|-------|------|-----|----|------|
| 担当課<br>記入欄 | 確認 | 年 月 日 | 生活保護 | 非課税 | 課税 | 管理番号 |
|            | 確認 | 年 月 日 | 生活保護 | 非課税 | 課税 |      |