

高取町産後ケア事業利用申込書兼情報提供書

年 月 日

高取町長 様

申込者: 住所

氏名

(母との続柄:)

電話番号

高取町産後ケア事業実施要綱第4条の規定により申込みします。

		生年月日
母の氏名		年 月 日
子の氏名		年 月 日
その他の世帯員	続柄	年 月 日
その他の世帯員	続柄	年 月 日
その他の世帯員	続柄	年 月 日
住 所	高取町	
連絡先	— —	【 自宅/携帯電話(誰の:)】
子の情報	性別: 男 ・ 女	出生体重: g
	出生場所(医療機関名):	
その他 必要な情報等		
申込み理由	※当てはまるものに○をつけてください(複数可)。 1) 授乳に不安がある(乳房マッサージを含む) 2) 授乳に不安がある(乳房マッサージは含まない) 3) 産後の身体回復やこどもの健康に不安がある 4) 産後の日常生活に支障がでている 5) 出産前後から精神的不安定さを感じている 6) 育児に対する不安がある 7) その他:	
利用希望日	詳細	
	ショートステイ	年 月 日～ 年 月 日
	デイサービス	年 月 日
	アウトリーチ	年 月 日 時頃
同意事項	1. 事業者に、事業の実施に必要な情報が提供されること及び事業日の状況が高取町に報告されることに同意します。	
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> それ以外の世帯
	2. 利用料にかかる世帯構成員の生活保護受給について、高取町が調査することに同意します。	
	年 月 日 署名	

同意いただけない場合や単身赴任等高取町で確認できない場合:生活保護であることを証する書類が必要です