様式第１号（第６条関係）

鮭川村産後ケア費用助成事業利用申請書兼情報提供同意書

　　　年　　月　　日

鮭川村長　　　　　　様

次のとおり産後ケア費用助成事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（利用者） | （ふりがな）氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 鮭川村大字　　　　　　　　　　　　　　　電話（携帯） |
| （ふりがな）児氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 申請理由 | 希望するサービス　　　　　□通所型　　　　□訪問型　　　　　 |
| 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|  |  | 　 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 世帯区分 |  |

同意事項　私は鮭川村産後ケア事業の利用を申請するにあたり下記について同意します。

　１　申請者及び世帯員の住民基本台帳の閲覧、生活保護の確認

　２　村が事業委託する助産院に本申請書に記載された内容や利用者の健康状態等情報提供すること

　３　医療にかかる処置が必要である場合は本事業を利用できない場合があること

　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　申請者氏名