

年 月 日

むかわ町産後ケア事業利用申請書

むかわ町長 様

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 申請者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所	むかわ町		
電話番号	電話	-	-
	携帯	-	-
出産（予定）日	年 月 日 （予定・出産）		
出産医療機関		退院日	年 月 日
ふりがな 子の氏名		出生体重	g（第 子）
<p><同意欄></p> <p>①むかわ町産後ケア事業の利用にあたり、むかわ町が委託助産所に対して必要な個人情報を提供すること。</p> <p>②委託助産所がむかわ町に対して、必要な個人情報を提供すること。</p> <p>③無断キャンセルや直前のキャンセル等、委託助産所からキャンセル料の請求があった場合は利用者が支払うこと。</p> <p>上記①～③に同意します。</p> <p>令和 年 月 日 申請者氏名 _____ (印)</p>			

(注)

- この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
- 妊娠届と同時申請の場合は記入できる箇所のみ記入願います。
- 実際に産後ケア事業を実施する日時については、むかわ町産後ケア事業利用決定通知書が届いてから委託助産所へ直接電話連絡してください。

※以下町記入欄

申請受付日	年 月 日	受理者	
出生日	年 月 日	出生届出日	年 月 日
母子の状態			

産後ケア事業の利用について決定（却下）してよろしいか

課長	主幹	主査	担当	合議	決定年月日
					年 月 日
(却下の理由)					送付担当者 ()