様式第１号（第６条関係）

南越前町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

南越前町長　様

申請者　住　　所　南越前町
（利用希望者）　氏　　名
電話番号

南越前町産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。
この申請についての審査に当たり、南越前町が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査及び連絡をすること及び私の世帯の町税等の課税状況その他必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者（産</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>生年
月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>出産日</td><td colspan="3">年　　月　　日　（産後　　か月　　日）（第　　子）</td></tr>
<tr><td>出産施設名</td><td></td><td>出産施設
住所</td><td>Tel　－　－</td></tr>
<tr><td>児</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">産後ケア事業を必要とする理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用の種別</td><td colspan="3">□アウトリーチ型（自宅：1-2 時間）　□デイサービス A 型（1-2 時間）
□デイサービス B 型（6-8 時間）　□宿泊型</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望
施設</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自己負担金の
免除事由
（該当する場合は、番号に〇をつけてください。）</td><td colspan="3">1　生活保護世帯による被保護世帯
2　住民税非課税世帯
3　天災その他特別な事情により自己負担が困難
（具体的に　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請受理
年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>（承認・不承認）
決定年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>

※太枠内の記入をお願いします。