

利府町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

利府町長 殿

申請者 住 所
氏 名

(続柄：)

連絡先(電話)

下記のとおり、利府町産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	母の氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名		男・女 生年月日 (出産予定日)	年 月 日
	住 所	(〒 —) 利府町 電話 — —		
	緊急連絡先	氏名： 続柄 () 連絡先：		
出産(予定)医療機関名				
母子健康手帳交付番号		在胎週数	週	
利用希望日（上限7日間）		年 月 日 ~ 年 月 日		
利用事業者		<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外（利用方法について説明有）		
世帯区分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税課税世帯		

同意欄	<p>1 利府町が私の町民税情報について調査・確認することに同意します。ただし、調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出します。</p> <p>2 利府町が委託事業者に、産後ケア事業の実施に当たり必要な個人情報を提供すること及び事業者が利府町に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。</p> <p>3 利府町が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。</p>		
	【同意欄】		
	同意者署名（世帯全員分）		年 月 日
※代筆者氏名		(続柄)	

※町記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------	-------