様式第１号（第６条関係）

関川村産後ケア事業利用承認申請書

（宛先）関川村長　　年　　月　　日

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者（利用者）</td><td>母の氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>子の氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所
電　話</td><td colspan="4">〒959-
関川村大字
日中連絡の取れる電話番号（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">出産施設名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申 請 理 由</td><td colspan="4">□心身の不調　□育児に不安　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="9">利 用 内 容</td><td>施設名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>利用期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日</td></tr>
<tr><td>種　別</td><td colspan="4">□短期入所型　□通所型　□居宅訪問型</td></tr>
<tr><td>施設名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>利用期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日</td></tr>
<tr><td>種　別</td><td colspan="4">□短期入所型　□通所型　□居宅訪問型</td></tr>
<tr><td>施設名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>利用期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日</td></tr>
<tr><td>種　別</td><td colspan="4">□短期入所型　□通所型　□居宅訪問型</td></tr>
</table>

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、村が必要と認めるときは、調査を行うことに同意しますか。	□はい　□いいえ
利用に当たっては、利用日（回）数に応じた自己負担額を医療機関等に支払うことに同意しますか。	□はい　□いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり、要件に該当しなかった場合には、支払った助成額（村負担分）を返還することに同意しますか。	□はい　□いいえ

【提出書類】

□ 母子健康手帳の写し