

寒川町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）寒川町長

申請者 住所

氏名

（利用者との関係）

電話

次のとおり、寒川町産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産（予定）日	年 月 日	出生体重	g（第 子）
出産（予定）施設名			
利用希望種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> デイサービス型	<input type="checkbox"/> 訪問型
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申請理由 （具体的に記入 してください）			

個人情報の取扱いに関して次の点について（同意します 同意しません）。

- (1) 申請書の内容及び母子保健記録等の個人情報について、利用施設に情報提供すること。
- (2) 審査のため、町長が住民基本台帳による世帯状況及び町民税課税台帳を調査すること。