様式第１号(第６条関係)

阿賀町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）阿賀町長　様

阿賀町産後ケア事業の利用について、下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>子の氏名</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">阿賀町</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>世帯区分</td><td colspan="3">□　町民税課税世帯　　□非課税世帯　　□生活保護世帯</td></tr>
<tr><td>出産(予定)日</td><td>年　　月　　日</td><td>退院(予定)日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>出産(予定)
医療機関</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申請種類</td><td colspan="3">・　短期入所型　　希望医療機関：
希望日：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
（　　日間）
・　居宅訪問型</td></tr>
</table>

【同意書】　私は阿賀町産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。

1. 利用決定のため、町が申請者及び児の住民基本台帳を確認すること。
2. 利用者及び世帯構成員全員の生活保護適用の有無又は町民税非課税世帯であるか、関係部署に照会すること。
3. 町が養育状況確認のため、申請者に連絡をすること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、医療機関や町が情報を共有すること。

利用者（申請者）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿