

年 月 日

立山町長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

立山町産後ケア事業利用承認申請書

立山町産後ケア事業を利用したいので、立山町産後ケア事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

あわせて、立山町産後ケア事業の利用の審査に関し、立山町長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び町と委託事業者が本事業にかかる情報について最小限度の範囲で相互に情報共有することに同意します。

申請の種類	☐ 新規 ☐ 継続			
申請理由	1 体調不良がある 2 育児不安がある 3 家族等から産後の援助が受けられない 4 その他（ ）			
子の状況	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	出産医療機関名		出生週数	週 日
			出生体重	g
	かかりつけ医			
家族構成	夫 ・ 子（ 人） ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 その他（ ）			
☐	立山町産後ケア事業の利用に係る負担金の減免申請をする場合は、左の□欄に✓を記入してください。			
立山町産後ケア事業の利用に係る負担金の減額を受けたいので、立山町産後ケア事業実施要綱第 10 条第 2 項の規定により、「産後ケア事業利用者負担金等減免申請書（様式第 5 号）」を添えて申請します。				

備考

- 1 「申請の種類」については、該当する□欄に✓を記入してください。
- 2 「申請理由」及び「家族構成」については、該当するものに○を付し、又は必要事項を記入してください。
- 3 立山町産後ケア事業の利用に係る負担金の減免申請をする場合は、「産後ケア事業利用者負担金等減免申請書（様式第 5 号）」を添付してください。
- 4 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を提示してください。

【町処理欄】

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------