

国東市産後ケア事業利用申請書兼承認・不承認通知書

国東市長 殿		令和 年 月 日															
申請書	申請者																
	住所																
	氏名 (続柄:)																
	TEL - -																
	次のとおり、国東市産後ケア事業の利用を申請します。																
(ふりがな) 利用産婦 氏名	Ⓜ	生年月日 (西暦)						年				月				日	歳
(ふりがな) 児 氏名		出産日 (西暦)						年				月				日	第 子
住所	国東市																
緊急時 連絡先	(ふりがな) 氏名		利用産婦 との続柄		TEL		-		-								
	住所	(上記と異なる場合は記入)															
出産時の身長・体重	cm			g			在胎週数		週		日						
出産した施設名																	
申請理由	<input type="checkbox"/> 育児のことが心配 <input type="checkbox"/> 授乳がうまくできない <input type="checkbox"/> 協力者がいない <input type="checkbox"/> 心身を休めたい <input type="checkbox"/> その他 ()																
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型		希望日		※宿泊型は、1泊2日を1回とする												
			利用施設		利用回数								回				
	<input type="checkbox"/> デイサービス型		希望日														
			利用施設		利用回数								回				

令和 年 月 日																		
次のとおり、国東市産後ケア事業の利用について、承認・不承認 としましたので通知します。																		
国東市長 松井 督治 Ⓜ																		
識別番号																		
不承認理由																		
利用内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用開始日(西暦)						利用終了日(西暦)										
						年							年					日
						年								年				日
	多胎児加算(追加人数)						人	利用回数						回				
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	利用日(西暦)																
						年												日
					年												日	
					年												日	
多胎児加算(追加人数)						人	利用回数						回					
利用施設							医療機関コード											
(利用者) 自己負担額	宿泊型				円	×	回	デイサービス型				円	×	回				

受理者