

申請書	国東市長 殿		年 月 日									
			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。											
	(フリガナ) 利用産婦 氏名				生年月日 (西暦)		年 月 日		歳			
	(フリガナ) 児 氏名				出産日 (西暦)		年 月 日		第 子			
	住所		国東市									
	緊急時 連絡先		(フリガナ) 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				
出産施設名				申請理由		☐ 育児のことが心配 ☐ 授乳が上手く出来ない ☐ 協力者がいない ☐ 心身を休めたい ☐ その他()						
希望するサービス		☐ 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				
		☐ デイサービス型		希望日								
				利用施設		利用回数		回				
		☐ 訪問型		希望日								
				利用施設		利用回数		回				
同意書												
①国東市産後ケア事業利用申請書及び事業の利用に必要な情報を受託者に情報提供すること。												
②利用料区分の確認の為、私及び私の属する世帯員の課税状況及び生活保護状況について、関係各課で調査されること。												
※同意ができない場合、住民票、生活保護、課税状況であることを証明する書類の提出が必要です。												
同意する ・ 同意しない												

利用承認・不承認通知書	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	☐ 宿泊型	利用開始日(西暦)						利用終了日(西暦)				
			年 月 日				～		年 月 日				
			年 月 日				～		年 月 日				
			多胎児加算(追加人数)		人		利用回数		回				
		☐ デイサービス型	利用日(西暦)										
			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
		多胎児加算(追加人数)		人		利用回数		回					
		☐ 訪問型	利用日(西暦)										
年 月 日			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				
年 月 日			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				
年 月 日			年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 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						
	訪問型		円 × 回										
※国東市使用欄		☐ 生活保護世帯		☐ 非課税世帯		受理者							