

様式第 1 号（第 5 条関係）

川本町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

川本町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
(利用者との関係)

川本町産後ケア事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により下記のとおり申請します。
また、利用する助産所に対する情報提供に同意します。なお、申請にあたり、町が
利用者の属する世帯の市町村民税の課税状況について確認することに同意します。

記

利用者住所			電話番号	
利用者（産婦）	氏名		生年月日	
利用者（子）	氏名		生年月日	
	性別 他	男 ・ 女（第 子）	出生時体重	g
	出生場所			
申請理由	1 産褥期の身体機能の回復に不安がある 2 育児に対する不安がある 3 その他 ()			
家族のサポート	有 ・ 無 ()			
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日			

担当課記入欄	EPDS : 点 (実施日 :)
--------	-------------------