

様式第 1 号(第 4 関係)

平泉町産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

平泉町長 様

申請者（産婦本人）

住所 平泉町

氏名 ⑩

電話番号

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 利用者氏名 (産婦本人)		生年月日	年 月 日 (歳)		
ふりがな 子の氏名	男 ・ 女 (第 子)	生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (生後 月)		
出産の医療機関		退院 (予定) 日	年 月 日		
上記以外 の世帯員	氏 名	産婦 との続柄	生年月日	勤務先、学校等	備考
希望する内容	1 母親の身体的ケア、保健指導、栄養指導 2 母親の心理的ケア 3 授乳のためのケア（乳房ケアを含む。） 4 育児の手技についての指導、相談 5 その他育児に関する指導、相談				
同 意 書	1 平泉町産後ケア事業の利用料を決定するため、申請者及び同一世帯の町民税課税状況及び生活保護状況を閲覧又は照会することに同意します。 2 本申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を受託事業者に提供すること、並びに利用者の健康状態等について受託事業者から情報提供を受けることに同意します。 申請者氏名_____⑩				
町記入欄	1 対象者 <input type="checkbox"/> 産後12月未満 2 課税区分 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護				

※ 平泉町以外の市町村の住民税課税対象となっている場合は、住民税課税証明書等の課税状況が確認できる書類の提出が必要です。（配偶者が申請者と別世帯の方、前年1月1日以降に平泉町に転入した方は、別途、提出が必要な書類がある場合がありますので、お申し出ください。