様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

# 喬木村産後ケア事業　利用申請書 兼 個人情報提供・閲覧同意書

喬木村長　様

次のとおり産後ケア事業（宿泊型）を利用したいので申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請書の種類</td><td colspan="6">１．新規　　２．延長（既利用日数　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">申請者（利用者）</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">（〒　　－　　）<br>喬木村</td><td colspan="2">連絡先（電話番号）<br>自宅：<br>携帯：</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td colspan="6">氏名：　　（申請者との関係：　　）　連絡先：</td></tr>
<tr><td>ふりがな<br>子の氏名</td><td colspan="2">性　別<br>男　・　女</td><td colspan="2">生年月日<br>年　　月　　日<br>（　　か月）</td><td colspan="2">（第　　子）</td></tr>
<tr><td>ふりがな<br>子の氏名</td><td colspan="2">性　別<br>男　・　女</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">（第　　子）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">申請者以外の家族の状況<br>※村外在住の場合は氏名の後に（村外）と記入してください</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>年齢</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>年齢</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）施設名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）年月日</td><td colspan="2">年　　月</td><td>通院・退所（予定）年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用（予定）期間又は<br>延長（予定）期間</td><td colspan="6">年　　月　　日から　　年　　月　　日<br>（　　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">産後ケア事業利用<br>医療機関等の名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">利用を希望する理由（困っていることや心配なこと等具体的に記入してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="8">医師又は助産師の意見<br>１　事業利用の要否　　（　　要　　・　　不要　　）<br>２　事業が必要な理由　（該当するものに〇を付けてください）<br>ア　産後のからだの回復に不安がある。<br>イ　育児に不安がある。<br>ウ　休養や栄養などの生活面で相談を必要とする。<br>記入者（医師又は助産師）　職・氏名　　印　（署名の場合は、印不要）</td></tr>
<tr><td colspan="2">個人情報提供<br>・閲覧同意欄</td><td colspan="6">１　私が事業を利用するに当たり、村が必要な住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳書類等を閲覧することに同意します。<br>また、閲覧により確認できない場合は、村が求める必要書類等を提供します。<br>２　村が委託先である医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに同意します。また、委託先である医療機関等が、サービスの利用状況及び健康状態等を村へ情報提供することについても了承します。<br>申請者（利用者）氏名　　印　（署名の場合は、印不要）</td></tr>
</table>