（表）

年　　月　　日

湯河原町産後ケア事業利用申請書

湯河原町長　様

湯河原町産後ケア事業実施要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日生
（　歳）</td></tr>
<tr><td>母の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
子の氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">緊急連絡先</td><td>氏　名</td><td></td><td>利用者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">出産（予定）施設名</td><td></td><td>出産（予定）年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用予定期間</td><td colspan="3">年　月　日　～　年　月　日（　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望事業者等
（希望種別にレを記入してください）</td><td colspan="3">□通所（デイサービス）型　６時間
□訪問（アウトリーチ）型　２時間
（希望事業者等：　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">申請該当項目（いずれかにレ等記入してください。）
□　里帰り出産をした。（里帰り先住所　）
□　流産や死産等を経験した。
□　その他（　）</td></tr>
</table>

※裏面の記入もお願いいたします。

（裏）

利用者世帯の所得状況	次の事由に該当しますので、免除を申請します。 □　住民税非課税世帯 □　生活保護世帯 □　その他（　　） →減免の理由、状況等を明らかにするための書類を添付してください。

１　過去に湯河原町産後ケア事業を利用したことがありますか。
　　ない　・　ある　→２へ。
２　利用したのは、通所（デイサービス）型　６時間（　　日）
　　訪問（アウトリーチ）型　２時間（　　日）

同　意　書

私は、申請に関し次の事項に同意します。

氏名　　（申請者自筆）

(1)　この申請に必要な事項を湯河原町が保管する公簿等により確認すること。
(2)　湯河原町が事業者等に申請書の内容及び事業利用に必要な情報を提供すること。
(3)　事業者等が湯河原町に利用者の健康状態等の情報を提供すること。
(4)　医療行為が必要になるなど対象者要件に非該当となった場合は、事業を利用できないこと。
(5)　利用希望日に空きベッドがない等の場合、事業を利用できないこと。
(6)　利用時に自己負担金又は規定のキャンセル料を該当事業者等に支払うこと。
(7)　母子保健サービス提供のために、利用時の状況に関する情報を湯河原町が利用すること。
(8)　自己負担金免除対象者要件確認のため、申請者世帯の課税台帳及び生活保護受給者証の確認を湯河原町の職員が行うこと。

担当者記入欄

世帯区分	□課　税	□非課税	□生活保護