

様式第 1 号（第 6 条関係）

松川町産後ケア事業利用申請書

（届出先）松川町長

次のとおり松川町産後ケア事業の利用を申請します。（太線の枠内のみご記入ください）

申請者		氏名 連絡先（電話）	利用者との続柄 ☐ 本人 ☐ その他	
申請日		年 月 日		
申請の種類		1 新規 2 再申請（既利用日数 日）		
利用者	住 所	（〒 - ） 松川町		
	母の氏名			
	子の氏名	（第 子）出生日（年号） 年 月 日		
	子の氏名	（第 子）出生日（年号） 年 月 日		
出産施設名				
出産年月日		年 月 日		
退院年月日		年 月 日		
利用期間	宿泊型	年 月 日から 泊 日		
利用日	日帰り型	年 月 日		
	訪問型	年 月 日		
産後ケア事業利用 機関名	☐ 飯田市立病院 ☐ 駒ヶ根高原レディースクリニック ☐ その他（利用機関名： ）			
住民税の課税状況を調べることに同意します。 氏名				
※印欄は、町担当者が記入しますので、記入しないでください。				
※特記事項（母子の状態等） ☐ 承認 ☐ 不承認 ※承認決定年月日 年 月 日				
住民税： 課税 ・ 非課税 担当者名				
1 日当たりの利用者負担額： 宿泊型 円 日帰り型 円 訪問型 円				