

おおい町産後ケア事業利用申請書

おおい町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

おおい町産後ケア事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	産婦氏名		生年月日	年 月 日
	児の氏名		生年月日	年 月 日
	住所	おおい町		
	電話番号			
	利用理由	あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳についての指導 <input type="checkbox"/> 育児相談や育児技術の指導 <input type="checkbox"/> 母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認 <input type="checkbox"/> 休息時間の確保 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	利用区分	次の事由に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

事務処理欄	
交付番号	

※キャンセル料の徴収について

通所型の利用申込をされた場合において、利用前日以降の利用者の都合によるキャンセルにはキャンセル料がかかる場合がありますので、速やかに利用申込をされた施設にご連絡ください