

須恵町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

須恵町長様

(申請者)
住 所 _____
氏 名 _____
利用者との続柄 ☐本人 ☐夫 ☐その他() _____

下記のとおり須恵町産後ケア事業の利用を申請します。

母氏名	☐ 申請者と同じ	電話番号	
住 所	☐ 申請者と同じ 須恵町	生年月日	年 月 日
児氏名		児生年月日 (出産予定日)	年 月 日
利用希望 サービス	☐ ショートステイ ☐ デイサービス		
利用希望 施設	☐ 権丈産婦人科医院 ☐ 筑紫クリニック		
同意欄	下記に同意いただける場合、 ☒ をしてください。 ☐ 利用料の決定に必要な本人及び同一世帯に属する者の町民税課税状況又は生活保護受給状況に関する調査を町が行うことについて同意します。 ☐ 事業の利用にあたり、須恵町と委託事業者の間で必要な個人情報の共有を行うことに同意します。 ☐ 利用者の都合により、サービス利用日の前々日の17時以降は、キャンセル料を支払うことに同意します。		