

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住所

氏名

電話 ( )

利用者との関係 ( )

## みなかみ町産後ケア事業利用申請書

みなかみ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。  
なお、申請につき住民基本台帳による世帯状況等を調査すること及び利用後に  
実施医療機関が事業実施報告書を提出することに同意します。

住 所 ※	みなかみ町	※ 電話番号	( )
利用者氏名 ※	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
子の氏名	フリガナ 男・女(第 子)	生年月日	年 月 日 (生後 か月)
緊急連絡先氏名	フリガナ	電話番号	( )
出産施設名			
実施方法 期 間	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日～令和 年 月 日 ( 日間) <input type="checkbox"/> 訪問型 年 月 日～令和 年 月 日 ( 回)		
利用希望施設名			
申請理由	1 産後に心身の不調がある。 2 育児不安等が強い。 3 その他 ( )		
(町記入欄)	世帯区分： <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯		

利用者が申請者と同じ場合は※の記入は不要です