

幌延町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

幌延町長 様

下記のとおり、幌延町産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

利用者	ふりがな		生年月日		年 月 日 (歳)	
	氏 名	Ⓜ				
	住 所	幌延町				
	電話番号		緊 急 連絡先	氏名	(続柄)	
			電話			
	出産病院					
子	ふりがな		男・女 第 子	生年月日	年 月 日	
	氏 名					
申請理由 ※当てはまるものに ✓をつけてください		<input type="checkbox"/> 産後の身体機能の回復について不安がある。 <input type="checkbox"/> 育児について不安がある。 <input type="checkbox"/> 産後の経過に応じた休養や栄養管理等日常の生活面に不安がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<p><誓約・同意欄></p> <p>幌延町町税等の滞納に対する行政サービス等の制限措置に関する条例第2条第1項に規定する町税等に滞納がない事を誓約します。また、下記事項に同意します。</p> <p style="text-align: center;">利用者署名（自署）_____</p> <p>【同意事項】</p> <p>① 町税等の滞納の有無について、町が保有する公簿等により町職員が確認します。</p> <p>② 申請内容に虚偽があった場合は、幌延町産後ケア事業を利用することはできません。</p> <p>③ 利用日の希望に添えないことがあります。</p> <p>④ 幌延町産後ケア事業利用に必要な情報を委託機関に提供します。</p> <p>⑤ 利用の結果については、委託機関が町に報告します。</p> <p>⑥ 利用期限や回数を超えて利用することはできません。</p>						

※町記入欄

決定年月日	年 月 日	受付印
承認の有無	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	
町税等滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考欄		

