

様式第 1 号（第 5 条関係）

川崎町産後ケア事業（新規・継続）利用申請書

年 月 日

川崎町長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号
(利用者との関係)

川崎町産後ケア事業実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

※ 太枠の中を記入してください。

利用者住所	川崎町	電話番号	
利用者（産婦）	ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日（ 歳）	
利用者（子）	ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日（ か月）	
	性別 男 女 第 子	☐ 多胎児 人 ☐ 兄弟 人 ☐ 生後 4 か月以降の児	
出産施設名			
(継続の場合) 利用済み日数	①宿泊型	②通所型	③訪問型
	日	日	日
個人情報 について	個人情報、産後ケア事業の相談・指導及び個人を特定できない形での統計情報等として使用されることがありますので、ご了承ください。 ただし、目的以外に使用されることはありません。		

申請にあたり、町が保有する私に関する必要な情報を産後ケア実施施設に提供するとともに、実施後、町が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。

自署 _____