

築上町産後ケア事業利用申請書

築上町長 あて

申請者

住所：築上町大字

氏名：

印

(続柄： 本人 ・【 】)

連絡先（電話）：

本事業を利用したいので、築上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、本書の提出に併せまして、次に掲げる事項に同意し、その旨を表明します。

町が本事業の実施に必要な情報を産科医療機関等に提供すること及び産科医療機関等が町に対して個人情報を提供することに同意します。

本事業の実施設の利用を終了する際は、実施機関から請求のあった利用料を支払うことを約束します。

申請種類	新規 ・ 再申請	母子健康手帳番号：
利用者	(ふりがな) 母の氏名：	生年月日： 年 月 日生 (歳)
	子の氏名： (第 子)	生年月日： 年 月 日生
	子の氏名： (第 子)	生年月日： 年 月 日生
	住所：築上町大字	電話番号：
出産施設名		
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日 年 月 日
利用事業	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> アウトリーチ	
利用希望施設		
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで (日間)	
利用申請理由 (特に心配なこと等具体的に記入してください。)		
医療機関からの情報提供	無 ・ 有 (医療機関名：)	
緊急連絡先	氏名：	利用者との続柄：
	住所：	電話番号：

(町記入欄)

世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 1. 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 2. 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 3. 生活保護世帯	世帯員課税情報確認
		確認者 ()
利用日数	<input type="checkbox"/> ショートステイ 今回 () 日【通算 () 日】	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付書類
	<input type="checkbox"/> デイケア 今回 () 日【通算 () 日】	
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ 今回 () 日【通算 () 日】	

同意書

築上町産後ケア事業を利用するに当たり、以下の項目に同意します。

住 所：築上町大字

申請者氏名： 印

電話番号：

- 1 事業を利用する年の1月1日の住所地が築上町以外の方の自己負担額について
 - ①築上町産後ケア事業を利用するに当たり、利用申請書に築上町産後ケア事業実施要綱第6条第1項第1号に定める課税状況を証明する書類を添付することができない場合は、築上町産後ケア事業利用後、実施機関を退院するとき（退院日が土曜日、日曜日又は祝日の場合は、直前の開庁日）までに、前住所地の当該書類を築上町に提出すること。
 - ②上記①の期間までに当該書類を提出することができず、課税状況の確認が困難な場合には、事業利用に係る自己負担額は、築上町産後ケア事業実施要綱別表に掲げる最高額を、利用した実施機関に支払うこと。
 - ③上記②の場合において、利用期間の初日の属する月の翌月25日（25日が土曜日、日曜日又は祝日の場合は、直前の開庁日）までに、当該書類を築上町に提出し、課税状況の確認の結果、自己負担額に差額が生じた場合には、申請者の責任において、利用した実施機関から、差額分の還付を受けること。ただし、当該書類を築上町に提出した日から起算して、30日を経過した後は、還付を受けることができない。
- 2 事故発生時の対応について
 - ①築上町産後ケア事業の利用時に何かしらの事故が発生した場合には、事業の実施主体である築上町と事故対応について、誠実に協議すること。
 - ②築上町からの事業受託者である実施機関には、当該実施機関の故意又は重大な過失である場合を除き、事故についての責任や補償は一切求めないこと。