様式第１号（第６条関係）

　年　　月　　日

御蔵島村長　殿

申請者住所　東京都御蔵島村

　　　氏名

　　　　電話番号

御蔵島村産後ケア費用助成事業利用申請書

　御蔵島村産後ケア費用助成事業実施要綱に基づく産後ケアを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  利用者氏名 |  | | 生年月日  （年齢） | 年　　　月　　　日  　　　　　　　（　　　　歳） | | | |
| 住　所 | 東京都御蔵島村 | | | | | | |
| 出産日  (出産予定日) | 年　　　月　　　日 | | 多胎の有無 | □あり（　　）人  □なし | | | |
| 電話番号 |  | | 緊急連絡先 | （続柄：　　　） | | | |
| 本人以外の  世帯状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | 年齢 | 備考 | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
|  |  | 年　　月　　日 | |  |  | |
| 支援者の状況 | □上記世帯員以外の支援者なし  □支援者（続柄：　　）はいるが不在の期間がある | | | | | | |
| 申請理由 | □家族等から家事・育児等の援助が受けられない  □産後の体調又は育児に不安がある  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日 | | から | 年　　月　　日 | | | まで |
| 利用希望日数 | 合計　　　日間 | 利用希望種別 | | □宿泊型　□宿泊型 | | | |
| 利用希望施設 | （住所）  （名称）  （電話番号） | | | | | | |