

年 月 日

直島町長 殿

申請者（口座名義人と同一の者）

住所 直島町

氏名

㊞

（利用者との関係）

電話

直島町産後ケア費用助成申請書

産後ケア費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
 なお、申請につき町が住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続（      回目の申請）		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	直島町  電話      ー		
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産（予定） 施設名			
利用希望 事業・期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 (      日間)	
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	年 月 日～ 年 月 日 (      うち      日、利用予定日      )	
利用希望助産所	<input type="checkbox"/> ぼっこ助産院 <input type="checkbox"/> 松本助産院 <input type="checkbox"/> いけぞえ助産院 <input type="checkbox"/> 上記以外の助産院（      ）		
申請理由 (具体的に)			
備考			

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。