

別記様式第2号（第7条関係）

年 月 日

厚岸町長 様

(申請者) 住 所  
氏 名  
(利用者との関係 )  
電 話

厚岸町産後ケア事業利用申請書

厚岸町産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他 ( 回目申請)		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	厚岸町 電話 ( )		
子の氏名		出生体重	g (第 子)
出 産 日	年 月 日	退 院 日	年 月 日
出産施設名			
利用希望 事業・期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 ( 日)	
	<input type="checkbox"/> デイケア型	<input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 日)	
<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日～ 年 月 日 ( 日)		
利用施設	助産院マタニティアイ・イコロ助産院		
申請理由			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。