

## 上川町産後ケア事業利用申請書

上川町長様

次のとおり、上川町産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名		生年月日	年 月 日
連絡先	(住所) 〒  (電話番号)		
出産医療機関		退院日	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 休養したいため <input type="checkbox"/> 母体ケア（乳房ケア、産後の体調等）を受けたいため <input type="checkbox"/> 子の発育・発達について知りたいため <input type="checkbox"/> 育児（沐浴、授乳、抱っこ等）について知りたいため <input type="checkbox"/> その他〔       ]		
利用期限	子の1歳の誕生日の前日まで	利用可能日数	7日以内 ただし、宿泊型は1泊を1日と数える

## 個人情報の提供等に関する同意書

本事業の利用にあたり、上川町が事業の実施や利用者の支援のために、出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、上川町が委託事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が上川町に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者氏名（自署）

	世帯区分	宿泊型 1泊2日に付き	日帰り型 1日に付き	訪問型 1回に付き	宿泊型及び日帰り型における 事業者が定める食費
自己負担額 ※多胎児の場合 は括弧内の額	課税世帯	500円 (800円)	0円 (0円)	0円 (0円)	助成対象外。(全額自己負担)
	住民税非課税世帯	0円 (0円)	0円 (0円)	0円 (0円)	助成対象。(事前に町に申請必要) ただし、1泊又は1日について、2,000円を超える分は自己負担。母子に同伴した家族の分は対象外。
	生活保護世帯	0円 (0円)	0円 (0円)	0円 (0円)	助成対象。(事前に町に申請必要) ただし、1泊又は1日について、5,000円を超える分は自己負担。母子に同伴した家族の分は対象外。

※利用時は必ず母子健康手帳を利用事業者に提出してください。また、その他の持ち物、利用時間等の詳細につきましては、利用事業者にご確認ください。

※宿泊型及び日帰り型の場合は、自己負担額のほかに、**食費が別にかかります**（上記自己負担額の表参照）。また、別途負担金が発生する場合がありますので、利用事業者のお問合せください。

※自己負担額及び食費等につきましては、利用事業者にご連絡ください。

※宿泊型は「1泊2日」は1日、「2泊3日」は2日と数えます。

※日程の変更（中止）を希望する場合、利用開始日の前日10時までに利用事業者にご連絡をお願いします。2営業日までにご連絡がない場合はキャンセル料がかかります。

※住民税非課税世帯、生活保護世帯でご利用の方は事前に、申請書及び住民税課税証明書、生活保護手帳(写)など、書類の提出が必要です。

【担当】 上川町保健福祉課健康増進グループ  
電話 01658-2-4054