様式第１号（第６条関係）　　年　　月　　日

みやこ町産後ケア事業利用申請書

みやこ町長　様

申請者　住所：みやこ町

氏名：　　印

（続柄：　　）

連絡先（電話）：

本事業を利用したいので、みやこ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。

☐　世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するため、町が住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすることに同意します。

☐　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。

☐　本事業の実施施設を退所する際は、産科医療機関等より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：みやこ町	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
実施事業	産後ショートステイ		
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。）			
医療機関からの意見書	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	☐　１．町民税課税世帯 ☐　２．町民税非課税世帯 ☐　３．生活保護世帯	世帯員課税情報確認 確認者（　） ☐公簿 ☐添付書類

年　　月　　日

同　意　書

みやこ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：みやこ町

申請者氏名：　　印

電話番号：

１．事業を利用する年の１月１日の住所地がみやこ町以外の方の自己負担額について

①みやこ町産後ケア事業を利用するに当たり、利用申請書にみやこ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、みやこ町産後ケア事業利用後、産科医療機関等を退院するとき（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、当該書類をみやこ町に提出すること。

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、みやこ町産後ケア事業実施要綱別表に掲げる最高額により計算された額を、利用した産科医療機関等に支払うこと。

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２０日（２０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、当該書類をみやこ町に提出し、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、利用した産科医療機関等から、差額分の還付を受けること。ただし、当該書類をみやこ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みやこ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みやこ町と事故対応について、誠実に協議すること。

②みやこ町からの事業受託者である産科医療機関等には、当該産科医療機関等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。