[様式第１号](http://www.city.unnan.shimane.jp/reiki/reiki_honbun/word/503570021.doc)(第３条関係)

助産施設入所申込書

年　　月　　日

　日南町福祉事務所長　様

妊産婦　住所

氏名

　助産施設への入所について、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所を希望する助産施設名 |  |
| 出産予定日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 助産の実施を希望する理由 |  |

○妊産婦の家庭の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | ふりがな  氏名 | | | 妊産婦との続柄 | | | | 生年月日 | | | 職業又は　　　　　　就学の状況等 | | | 備考 | | |
|
| 妊産婦の世帯員 |  | | | 本　人 | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
| 生活保護の状況 | | | 適用なし　　　　適用あり　(　　　　　年　　　月　　　日　保護開始　) | | | | | | | | | | | | | |
| 社会保険の加入状況 | | 加入の　有無 | | 有・無 | | 保険の種類 | | | |  | | | 出産育児一時金等の額 | | |  |
| 被保険者の記号 | | |  | | 番号 | |  | | | 被保険者名 | | |  | |

備考

　１　この入所申込書は、妊産婦が次の点に注意し記入の上、日南町福祉事務所長に提出してください。

　２　入所申込書には、徴収額決定のために必要な事項に関する書類（課税証明書等）、健康保険証またはこれに相当する書類、母子健康手帳及び福祉事務所長が必要と認める書類を添付していただく場合があります。

　３　「助産の実施を希望する理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。