

徳島県妊婦分娩事前宿泊支援事業 利用申請書

徳島県妊婦分娩事前宿泊支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

着色部分に記入又はチェックを入れてください。

申請者記入欄	申請日	令和	年	月	日				
	利用者氏名				生年月日	S/H	年	月	日
	電話番号								
	住所地								
		<input type="checkbox"/> 住所地が確認できる書類を添付しています。（運転免許証等）							
	里帰り出産の場合の居住地								
		<input type="checkbox"/> ご本人と里帰り先のご家族との関係がわかる書類（戸籍抄本等）、里帰り先のご住所が確認できる書類（ご家族の運転免許証等）を添付しています。							
	分娩取扱施設への移動手段	<input type="checkbox"/> 自動車 タクシー	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> 鉄道	<input type="checkbox"/> その他（				
	分娩取扱施設までの所要時間			分	通常より所要時間がかかる特殊要因				
	確認事項	<input type="checkbox"/> 記載内容に誤りはありません。なお、記載内容に誤りや虚偽がある場合、本事業の対象とならず、医療機関から事前宿泊に係る金額の支払を求められることがあることを承知しています。							
	<input type="checkbox"/> 事前宿泊の利用にあたっては、医療機関の指示に従います。								
	<input type="checkbox"/> 故意または過失によって、医療機関の施設や設備を毀損した場合、医療機関へ損害を賠償します。								
	<input type="checkbox"/> 申請書及び住所地の確認資料等が県に提出されることについて、同意します。								
	<input type="checkbox"/> 本事業における申請者の情報に関し、必要に応じて各市町と情報共有することについて、同意します。								

医療機関記入欄	申込時記入	医療機関名									
		担当医名									
		分娩予定日	令和	年	月	日					
		利用開始予定日	令和	年	月	日					
	実施後記入	利用日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
		分娩日①	令和	年	月	日					
		医療保険適用開始日②	令和	年	月	日					
		利用日数	日	利用対象日数は、①または②（どちらか早い日）の前日まで							
		備考									

※結果報告時は本申込書の写しを添付すること