

(様式5号)

小野市産後ケア事業 利用変更連絡票

小野市健康増進課 行

年 月 日

事業所名

担当者

連絡先(電話)

貴市を通じて予約を受けた産後ケア事業について、下記のとおり変更・中止の連絡がありましたので報告します。

発行番号		発行日	年 月 日
申請者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話		
利用日	別添産後ケア事業利用券の写しのとおり ☐ 様式2号-1 ☐ 様式2号-2		

	変更項目	☐ 宿泊型	☐ 日帰り型	☐ アウトリーチ型
変更前	承認利用日	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	月 日 (時間) 月 日 (時間)	月 日 (時間) 月 日 (時間)
	承認事業者	住所 電話番号	住所 電話番号	住所 電話番号
変更後	☐ 利用日の変更	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	月 日 (時間) 月 日 (時間)	月 日 (時間) 月 日 (時間)
	☐ 事業者の変更	住所 電話番号	住所 電話番号	住所 電話番号
	☐ 中止	☐ 利用中止	☐ 利用中止	☐ 利用中止
変更理由				

※ この連絡票は、小野市が予約調整を行い、利用券に利用日・時が記載されている場合の変更に限る。

※ 利用上限の日数・時間数のみの利用券の場合は、小野市への利用変更連絡票の提出は不要。
ただし、変更があったことを小野市へ連絡をする必要がある。