（様式5号）

高砂市産後ケア事業　利用変更連絡票

高砂市こども窓口課　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | * 通所型 | * 訪問型 |
| 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、高砂市が予約調整を行い、利用券に利用日・時・事業所が記載されている場合の変更に限ります。
* 利用上限の日数・時間数のみの利用券の場合は、高砂市への利用変更連絡票の提出は不要です。

ただし、変更があったことを高砂市へ連絡をしてください。