（様式第５号）

加西市産後ケア事業　利用変更連絡票

加西市　行

年　　　月　　　日

事業所名

担当者

連絡先

　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　　　　　 □ 様式第２号の１　　□ 様式第２号の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 ～　　月　　日月 　　日 ～　　月　　日（　　　　　　時間） | 月 　　日 ～　　月　　日月 　　日 ～　　月　　日（　　　　　　時間） |
| 変更後 | 利用日の変更 | 月 　　　日 ～　　月　　日　　（　　　　泊　　　　日） | 月 　　日 ～　　月　　日月 　　日 ～　　月　　日（　　　　　　時間） | 月 　　日 ～　　月　　日月 　　日 ～　　月　　日（　　　　　　時間） |
| □ 中止 | □ 利用中止 | □ 利用中止 | □ 利用中止 |
| 変更理由 |  |  |  |

※ この連絡票は、加西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、加西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加西市へ連絡をする必要がある。