

瑞浪市長 様

申請者 住所
氏名

瑞浪市産後ケア事業利用申請書

瑞浪市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|---------|---|--------|---|
| 利用希望者 | ふりがな氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 電話 | | | | |
| | 出産(予定)医療機関 | | 出産(予定)日 | 年 | 月 | 日 |
| | ふりがな子の氏名 | | 在胎週数 | 週 | 出生体重 | g |
| 利用希望 | 希望内容 | 利用希望時期 | | | 利用希望日数 | |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> その他 () | | | 泊 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問型 | <input type="checkbox"/> 週に 日程度 <input type="checkbox"/> その他 () | | | 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 通所型 | <input type="checkbox"/> 週に 回程度 <input type="checkbox"/> その他 () | | | 日 | |
| 申請理由 (<input type="checkbox"/> に レ 印を記入) | | <input type="checkbox"/> 産婦の心身の健康管理及び保健指導 <input type="checkbox"/> 乳房に関する相談及び指導並びに乳房ケア <input type="checkbox"/> 乳児の出生後の経過及び発育状況の把握 <input type="checkbox"/> 授乳、沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 同意欄 | | 世帯構成、世帯構成員の市町村民税課税状況（生活保護法による被保護世帯の場合は、その状況を含む。）について、市が調査を行うことに同意します。 市がこの申請書の内容を、利用施設に提供すること及び出産医療機関等に申請者の健康状態等について情報提供を求めることに同意します。 年 月 日 署名 _____ | | | | |
| ※承認・不承認 | | | ※決定年月日 | | 年 月 日 | |

※印欄は、記入不要