

銚田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

銚田市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 (利用者との続柄: _____)

私は、銚田市産後ケア事業を利用したいので次のとおり申請します。

利用者	住所			電話番号 携帯電話		
	ふりがな 氏名 (産婦)		生年 月日		年 月 日 (歳)	
	ふりがな 氏名 (乳児)		出産日(出産予定日)		年 月 日	
			第()子		性別(男・女)	
			出生時の体重		g	
	ふりがな 氏名 (乳児)		出産日(出産予定日)		年 月 日	
			第()子		性別(男・女)	
出生時の体重			g			
利用希望	施設名					
	種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型ケア (利用可能施設のみ)		<input type="checkbox"/> 日帰りケア		
	期間	年 月 日 ~		年 月 日		
世帯の区分 □に✓を記入	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ②市民税非課税世帯 ※①②は証明書が必要です <input type="checkbox"/> ③市民税課税世帯					
申請理由 □に✓を記入	<input type="checkbox"/> ①産後の身体的回復や心身の状態に不安があります。 <input type="checkbox"/> ②育児に対する不安があります。 <input type="checkbox"/> ③産後の経過に応じた日常の生活面についての指導を希望します。 <input type="checkbox"/> ④上記にはあてはまりませんが、下記についての指導(相談)を希望します。 ()					
希望する 指導内容 □に✓を記入	<input type="checkbox"/> 基本的な育児技術(抱き方など) <input type="checkbox"/> 生活面(産後の休養や栄養管理など) <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> その他()					
緊急連絡先	氏名			電話番号		
	住所			続柄		
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> 市民税課税(非課税)証明書 <input type="checkbox"/> その他()					
情報提供に関する同意書 銚田市長 様 申請にあたり、申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を実施施設に情報提供すること、また、実施後、必要な情報について実施施設から銚田市へ情報提供することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 ⑩						