様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

産後ケア事業利用申請書

　大子町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との関係　　　　　　　　）

　次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者住所 |  | 電話 |
| 利用者(産婦） | ふりがな  氏　名 | 生年月日  　　　年　　月　　日 |
| 利用者（子） | ふりがな  氏　名 | 生年月日  　　　年　　月　　日 |
| 性　別　　男　・　女  第　　　　子 | 出生体重  　　　　　　　　　ｇ |
| 出産施設名 |  | |
| 利用施設名 |  | |
| 利用内容 | 宿泊型ケア　　・　　日帰りケア | |
| 利用期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 利用申請理由 | １　出産後，身体面での不調があるため  ２　出産後，精神面での不調があるため  ３　育児や日常生活についての不安があるため  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 町が保有する私に関する必要な情報を産後ケア施設に提供するとともに，実施後に大子町が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産婦氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |