

年 月 日

南あわじ市長 様

申請者 住所

氏名

利用者との続柄

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名	()	生年 月日	年	月	日	
住 所	電話番号 (- -)					
緊急連絡先	氏 名		利用者との続柄			
	住 所	電話番号 (- -)				
出産医療機関名				在胎週数	週	
出 産 日	年 月 日			妊娠回数	回目	
世帯 構 成	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
世帯区分 (該当する場合に○をつけてください)			() 生活保護世帯			
利用申請理由	1. 家族からの支援を受けることが難しい 2. 心身の不調がある 3. 育児や日常生活についての不安がある 4. その他 ()					
希望する事業	1. 宿泊型 2. 通所型 3. 訪問型					
希望する内容	1. 母体管理及び生活面の指導 2. 乳房ケア等の授乳相談 3. 沐浴等の指導及び相談 4. 乳児の世話、発育及び発達の確認 5. 保健指導や育児に係る情報提供					
希望する施設名						
希望する利用日	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
同意欄						
①市が事業者に対して必要な個人情報(本利用申請書兼情報提供同意書等)を提供すること、及び事業者が市に対して必要な個人情報を提供すること。 ②本事業の利用審査のため、市健康課が必要な範囲で、住民基本台帳及び同一世帯に属する者の生活保護受給状況に関する資料を閲覧すること。 ③利用を要しなくなった場合は、速やかに市健康課に連絡すること。 ④やむを得ない事情を除き、当日キャンセルを行った場合は利用者が事業者利用者負担額を支払うこと 上記の①②③④に同意します。 署名						