

様式第1号(第6条関係)

燕市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

燕市長 様

産後ケア事業を利用したいので次のとおり申請します。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生
氏 名			(歳)
申 請 種 類	新規 ・ 変更 ・ 中止	日中連絡の取れる 電 話 番 号	
住 所	〒 燕市		
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産(予定) 医療機関名			
利用希望	委託医療機関等名：		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型(利用期間： 年 月 日～ 年 月 日・日間) <input type="checkbox"/> デイサービス型(利用日： 年 月 日～ 年 月 日・回) <input type="checkbox"/> アウトリーチ型 (利用日： 年 月 日～ 年 月 日・回)		
	訪問助産師：希望有(氏名：)・無(地区担当助産師)		
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型(希望日： 年 月 日～ 年 月 日・回) 訪問先住所(上記と異なる場合)： 〒		
申 請 理 由 (該当に☑複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の不調 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 疲れ <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 乳房トラブル <input type="checkbox"/> その他(具体的に：) ・育児に不安がある <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 発育 <input type="checkbox"/> その他(具体的に：) ・その他(具体的に：) 		
<p>〈同意書〉私は燕市産後ケア事業の利用にあたり、次の事項について同意します。</p> <p>※同意する場合、☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用区分確認のため、市が申請者世帯全員の住民税の課税状況および生活保護の認定状況について確認すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が産後ケアを実施する医療機関等へ、産後ケア事業の実施に必要な範囲で申請者および乳児の情報を提供すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケアを実施した医療機関等が、市へ産後ケアの実施状況を報告すること。</p>			
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日

(注) 二重枠の欄は、記入しないでください。