様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　滝沢市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　名　　　　　　　　（利用者との続柄　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

産後ケア事業利用申請書

　次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者住所 | 滝沢市（電話　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用者※欄の記入は出産前の申請の場合は不要です。※多胎児の場合、２段目以降に記入してください。 | ふりがな氏名　　　　　　　　　　　（初・経産） | 生年月日年　　月　　日（　　歳） |
| ※ふりがな乳児氏名　　　　　　　　　（第　　子） | 出生日（又は出生予定日）　　　　　年　　月　　日 |
| ※ふりがな乳児氏名　　　　　　　　　（第　　子） | 出生日（又は出生予定日）　　　　　年　　月　　日 |
| 出産（予定）医療機関 | ※在胎週数　　　　　週　※出生体重　　　　ｇ |
| 世帯構成 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職　業 |
|  | 利用者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申請理由 | □母体の体調管理、休養□母乳相談、授乳相談□育児相談（お世話の仕方、体重の増え方等）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望するケア | □医療機関型（施設名：　　　　　　　　　）□訪問型（希望時期　　　　　頃）　　　　　□市直営施設型（希望時期　　　　　頃） |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）　電話番号 |
| 同意欄※同意の場合、☑してください | □　滝沢市が利用申請の審査のための住民基本台帳による世帯状況を調査・閲覧することに同意します。□　利用に必要な情報を産後ケア実施者に情報提供することに同意します。また、利用に必要な情報や健康状態について産後ケア実施者から滝沢市に情報提供することに同意します。 |

滝沢市使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 承認番号 |  |
| 備　考 |  |