

様式第1号（第6条関係）

白岡市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）白岡市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

産後ケア事業（宿泊型・デイサービス型・訪問型）を利用したいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------|
| 母子健康手帳番号 | | | |
| 利用者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 子の氏名 | | 出生時の体重 | g（第 子） |
| 出 産 日 | 年 月 日 | 退院（予定）日 | 年 月 日 |
| 出 産 施 設 名 | | | |
| 利 用 種 別 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | <input type="checkbox"/> デイサービス型 | <input type="checkbox"/> 訪問型 |
| 申 請 理 由 （具体的に記入してください。） | | | |
| 希望するサービス （希望するサービスに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください） | <input type="checkbox"/> 母親の身体的ケア、保健指導及び栄養指導 <input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア <input type="checkbox"/> 育児手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> 休息の確保 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 緊 急 連 絡 先 | 氏名（ ） TEL | | |
| | 氏名（ ） TEL | | |
| 利 用 料 区 分 | 1 市民税課税世帯 2 市民税非課税世帯 3 生活保護世帯 | | |
| ※担当者記入欄 | | | |

同意書

私は、産後ケア事業を利用するに当たり、次の事項について同意します。

申請者氏名

- 1 白岡市が医療機関等事業者に産後ケア事業実施のために必要な範囲内で個人情報を提供すること。
- 2 医療機関等事業者が白岡市へ産後ケア事業実施状況を報告すること。
- 3 白岡市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査すること。