

鏡石町産後ケア事業利用申請書

鏡石町長 様

申請者 住 所 鏡石町

氏 名



連絡先（電話）

次のとおり、産後ケア事業利用を申請いたします。

利用者	母の氏名	(ふりがな)	母の 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -) 鏡石町	(電話)	
	児の氏名	(ふりがな)	児の 生年月日	令和 年 月 日 (第 子)
	出産 医療機関		妊娠週数	週
			出生体重	g

利用内容

事業の種類（希望する事業を○で囲んでください）	利用希望期間	利用を希望する助産所または医療機関
宿泊ケア	(~ 年 月 日 年 月 日)	
日帰りケア	年 月 日	
	年 月 日	

利用する理由（具体的に記入してください）

例) 実家が遠く里帰りが困難なため。乳房ケアを希望するため。育児技術に不安があるため。Etc...

(助産所または医療機関への情報提供等に関する同意)

申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を助産所または医療機関へ情報提供することに同意します。また、産後ケアの利用状況について、助産所または医療機関から市町村へ情報提供することに同意します。

※以下の欄は市町村が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------