

喜多方市産後ケア事業利用申請書

喜多方市長 様

申請者 住所

氏名



(利用者との関係 )

連絡先 (電話)

下記のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します (太枠内をご記入ください)

利用者	ふりがな 母の氏名		母の 生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	(〒 - ) (電話)		
	ふりがな 児の氏名	(男・女) (第 子)	児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			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	利用を希望する施設 (利用医療機関等)
宿泊ケア・日帰りケア	年 月 日 (~ 年 月 日) 合計 日間	
宿泊ケア・日帰りケア	年 月 日 (~ 年 月 日) 合計 日間	
宿泊ケア・日帰りケア	年 月 日 (~ 年 月 日) 合計 日間	

申請理由 (該当項目に○をしてください)

- 1 授乳やお子さんの体重の増えの相談
- 2 育児手技の相談 (お世話の仕方、お風呂の入れ方、家での育児の相談など)
- 3 お母さんの体調回復・休養 (産後の体調相談、休養をとりたいなど)
- 4 乳房の状態の確認・母乳の相談

(利用医療機関等への情報提供等に関する同意) ※同意する場合、☑を入れてください。

申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を利用医療機関等に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、利用医療機関等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
-------------	-------	-------	-------	----------