

様式第1号（第5条関係）

小郡市産後ケア事業利用申請書

小郡市長 あて

次のとおり小郡市産後ケア事業の利用を申請します。

申請日 年 月 日

| | | | | | | |
|---|--|---------|-------------------|-----------|------------|------|
| 申請者氏名 | | 利用者との続柄 | | | | |
| 利用者 | (ふりがな) 母の氏名 | () | | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) | |
| | 住 所 | 小郡市 | | 電話番号 | | |
| | 緊急連絡先 | 氏名 | | 申請者との関係 | | 電話番号 |
| | | 住所 | (利用者住所と異なる場合のみ記入) | | | |
| | 出産 (予定) 日 | | 出産 (予定) 施設名 | | | |
| (ふりがな) 子の氏名 | () | 第 子 | 出生時 身長 体重 | cm g | 妊娠期間 | |
| | () | 第 子 | 出生時 身長 体重 | cm g | | 週 日 |
| 希望するサービス | 利用希望日 | | | 利用開始時刻 | 利用終了時刻 | |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | : | : | |
| <input type="checkbox"/> デイサービス | 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 | | | : | : | |
| <input type="checkbox"/> アウトリーチ | 年 月 日 | | | : | : | |
| | 年 月 日 | | | : | : | |
| 利用希望施設 | | | | | | |
| 特に利用を希望する項目 | 1. 産後の母体管理及び生活面の保健指導 2. 乳房ケア 3. 沐浴、授乳等の育児指導 4. その他の保健指導 () | | | | | |
| 利用申請理由 (特に心配なこと) | アレルギー：有 () ・ 無 | | | | | |
| 同 意 欄 | | | | | | |
| ①産後ケア事業の利用に当たり、小郡市が委託事業所に対して必要な個人情報（本利用申請書等）を提供すること及び委託事業所が小郡市に対して必要な個人情報を提供すること。 ②産後ケア事業実施施設へ自己負担額を支払うこと。 | | | | | | |
| 上記の①、②に同意します。 年 月 日 利用者氏名 | | | | | | |

※小郡市記入欄

| | | |
|-------|------------------------------|------------------|
| 減免申請 | <input type="checkbox"/> 該当 | 小郡市 受付者 () |
| 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 非該当 | |