

浅口市長 様

浅口市産後ケア事業利用申請書

申請者 住 所 浅口市

氏 名

(利用者との続柄)

電話番号

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。本事業を実施するに当たり必要となる情報を委託実施機関に提供するとともに、浅口市が本事業の指導内容等を確認し、利用者の母子保健指導の参考とすること、施設管理規則を守ること、また、必要な場合には浅口市が住民基本台帳又は市民税課税台帳等により照会することに同意します。

利用者氏名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	浅口市		
区 分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他		
電 話 番 号		緊 急 連 絡 先 (氏名・電話番号)	
単胎／多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(ふたご以上) ※多胎の場合は、市負担額を加算します		
子 の 氏 名			
出 生 体 重			
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出 産 の 場 所 名 称		か かり つ け 医 連 絡 先	
利用実施機関			
利 用 す る 事 業 内 容	<input type="checkbox"/> ショートステイ(宿泊)型サービス <input type="checkbox"/> 通所(日帰り)型サービス <input type="checkbox"/> 母乳ケア型サービス <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型サービス		
利 用 開 始 日	年 月 日		
利用する理由 (特に不安なこと などを記入)			

※【市記入欄】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他		
---------	---	--	--