

(記 入 例)

令和

〇年〇月〇日

新地町 産後ケア事業利用申請書

新地町長 様

申請者 住 所 新地町谷地小屋字樋掛田40

氏 名 新地 花子

印

連絡先（電話） 090-0000-0000

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 母の氏名	しんち はなこ 新地 花子	母の 生年月日	平成〇年〇月〇日（〇歳）
	住所	(〒979-2702) 新地町谷地小屋字樋掛田40 (電話) 090-0000-0000		
	ふりがな 児の氏名	しんち たろう 新地 太郎 (男・女) (第1子)	児の 生年月日	令和〇年〇月〇日
	出産 医療機関	〇〇病院	妊娠週数	〇週 〇日
			出生体重	〇〇〇〇 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	
宿泊ケア 日帰りケア (半日訪 問ケア)		令和〇年 〇月 〇日 (~ 年 月 日) 合計 1 日間	相馬助産所	
宿泊ケア 日帰りケア (半日訪 問ケア)		令和 年 月 日 (~ 年 月 日) 合計 回		
宿泊ケア 日帰りケア (半日訪 問ケア)		(~ 年 月 日) 合計 日間		
利用する理由（具体的に記入してください） 乳腺炎のため、育児相談のため、休養のため、等				
(県助産師会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。				
申請書内容及び産後ケア利用に必要な情報を県助産師会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、県助産師会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。 チェックをお願いします↑				
申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認