

十和田市長 様

十和田市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、十和田市産後ケア事業の利用を申請します。

(※太枠の中をご記入ください)

(ふりがな)			生年月日	年 月 日
利用者氏名				
住所	十和田市			
電話番号	自宅 ()	携帯電話	-	-
出産（予定）医療機関		母子健康手帳 No.		
利用希望日	【デイサービス型】 令和 年 月 日 (※事前申請の場合は記入不要)			
	【訪問型】 令和 年 月 日 (※事前申請の場合は記入不要)			
	【宿泊型】 令和 年 月 日 (※事前申請の場合は記入不要)			
利用希望施設				
(ふりがな)		性別	<input type="checkbox"/> 生年月日	令和 年 月 日
子の氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 出産予定日	
申請理由 (該当するもの全てに <input type="checkbox"/> してください。事前申請の場合は記入不要です。)	<input type="checkbox"/> ①家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> ②産後の疲れが取れない <input type="checkbox"/> ③産後、気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> ④母体ケア（乳房手当てやトラブルケア等）について相談したい <input type="checkbox"/> ⑤育児（授乳・抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> ⑥子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> ⑦その他（具体的内容)			
利用料の減免に係る添付書類	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であることの証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書			
同意に関する項目	<input type="checkbox"/> 下記の①～⑤に同意します ①利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないことがあります。 ②当該事業に必要な情報を、十和田市から事業者提供します。 ③利用の結果については、事業者から十和田市に報告されます。 ④利用可能期間や利用回数を超えて利用することはできません。 ⑤十和田市産後ケア事業利用承認決定通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。			

※十和田市記入欄

受付日	申請区分	備考
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請	
	<input type="checkbox"/> 事前申請 →確認 令和 年 月 日	