

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	S. H 年 月 日
利用者氏名	(印)		
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)		
利用希望施設			
(ふりがな)		性別	□生年月日
子の氏名		男・女	□出産予定日 令和 年 月 日
申請理由 (該当するもの全てに☑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"/> 市民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書		
《同意書》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に提供します。 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の上限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。 上記①～⑤に同意します。			
		令和 年 月 日	氏名

※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 年 月 日	