様式第１号（第６条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 　月　 日

　　日置市長　様

申請者　住所

　氏名　　　　　　　　　㊞

電話

　　産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

　　なお、申請に当たり、市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子健康手帳番号 | |  | | | |
| 利用者の氏名 | |  | 生年月日 | 年　 月 　日 | |
| 子の氏名 | |  | 出生時の体重 | ｇ | 第　　子 |
| 出産（予定）施設の名称 | |  | | | |
| 出産（予定）日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 退所又は退院（予定）日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 利用内容 | | □宿泊型　　□日帰り型　　□訪問型 | | | |
| 利用区分 | | □母子　　　　　　　□母のみ | | | |
| 利用する施設の名称 | |  | | | |
| 利用希望期間 | 宿泊型 |  | | | |
|  | | | |
| 日帰り型 |  | | | |
|  | | | |
| 訪問型 |  | | | |
|  | | | |
| 申請理由  （具体的に記入してください。） | |  | | | |
| ※市担当者欄  （母子の状況等） | |  | | | |

注　この申請書を提出する場合は、母子健康手帳を持参してください。