**様式第１号**（第７条関係）

年　　月　　日

いちき串木野市長　様

住　　　所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（利用者との関係　　　　　　　）

電　　　話（　　　　）　　－

産後ケア事業利用申請書

産後ケアを利用したいので次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 母　子　健　康  手　帳　番　号 |  | 利用区分 | 新規　・　追加 | |
| 利 用 者 氏 名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 配 偶 者 又 は  子の父親の氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| ふりがな  子　の　氏　名 |  | 性　別 | 出生時の体重 | 第　　子 |
| 男　　女 | g |
| 出 産 施 設 名 |  | | | |
| 出 産 予 定 日  (新規のみ記入) | 年　　月　　日 | 出産日 | 年　　月　　日 | |
| 退 院 予 定 日  (新規のみ記入) | 年　　月　　日 | 退院日  (新規のみ記入) | 年　　月　　日 | |
| 利 用 施 設 名 |  | | | |
| 利用希望形態　及び  利用希望期間 | １．宿泊型　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　日間） | | | |
| ２．日帰り型　　　　年　　　月　　　日  　（※日帰り型を、複数日希望する場合は希望日を全て記載してください。） | | | |
| ３．訪問型　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 申　請　理　由 | 前回までの利用期間　(　　　日間) | | | |
| 担　当　者　欄 |  | | | |

注　１．この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。