

いちき串木野市長 様

産後ケア事業利用申請書兼同意書

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		申請 区分	☐ 新規 ☐ 追加		利用 区分	☐ 母子 ☐ 母のみ	
利用者 氏名		生年 月日			連絡先		
子の氏名	(第 子)	生年 月日			性別	☐ 男 ☐ 女	出生時の体重 g
子の氏名 (多胎の場合)	(第 子)	生年 月日			性別	☐ 男 ☐ 女	出生時の体重 g
出産 施設名			退院(予定)日 ※新規のみ記入				
利用 施設名							
サービスの種類		利用希望日(期間)			前回までの利用日数		
☐ 宿 泊 型							
☐ 日 帰 り 型							
☐ 訪 問 型							
申請理由 複数選択可	☐ 自分の体調がすぐれない(からだの不調) ☐ 心が不安定だと感じる(こころの不調) ☐ 授乳の方法や乳房ケアを受けたい(授乳のサポート) ☐ もく浴や育児手技のアドバイスを受けたい(育児のサポート) ☐ その他()						
申請者 (本人が申請の 場合は不要)	氏名		続柄		連絡先		

同意欄

☐	いちき串木野市が私及び生計を一にする世帯員のいちき串木野市民税情報について調査・閲覧することに同意します。
☐	支援のために、私に関する必要な情報について、いちき串木野市及び市が委託する医療機関等が相互に情報提供することに同意します。

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。

----- 担当者記入欄 -----

【前回までの利用】

☐なし ☐あり (宿泊型 日間、日帰り型 日間、訪問型 日間) 計(日間)