

第1号様式（第6条関係）

指宿市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

指宿市長 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		第	子
利用者の氏名		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		出生時体重	g
出産(予定)施設の名称			
出産予定日	年 月 日	出 産 日	年 月 日
母の退院日	年 月 日	子の退院日	年 月 日
利用施設名			
利用区分	1. 新規 2. 再申請（前回までの利用日数 日間）		
利用 希 望 期 間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	<input type="checkbox"/> 日帰り型	年 月 日～ 年 月 日の間 計 日（ / . / . / . ） *利用日が決まっていれば（ ）に日付を記載	
	<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日～ 年 月 日の間 計 日（ / . / . / . ） *訪問日が決まっていれば（ ）に日付を記載	
申請理由	1 産後の体の回復に不安がある。 2 育児について不安がある。 3 家族からの援助が受けられない。 4 その他（ ）		
備考			

注 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。