

あわら市産後ケア事業（医療機関等型）利用申請書

あわら市長 様

申請者 住 所 あわら市
氏 名 (産婦との続柄：)
電 話

あわら市産後ケア事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定に基づき、産後ケア事業（医療機関等型）を利用したいので、下記のとおり申請します。

利用者氏名		生 年 月 日
		年 月 日 (歳)
住所	あわら市 ☐ 申請者住所と同じ	
電話番号	☐ 申請者電話番号と同じ	
緊急連絡先	氏名 利用者との関係 () 電話番号	
食物アレルギー	☐ あり () ☐ なし	
世帯区分	☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯	
利用の理由 ※利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。 (複数選択可)	☐ 乳房ケアや授乳についての指導 (詳細) ☐ 育児相談や育児技術の指導 (詳細) ☐ 母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認 (詳細) ☐ 休息時間の確保 (詳細) ☐ その他 (詳細)	
希望するサービス	希望する日時	希望施設
☐ 宿泊型 ☐ 通所型	年 月 日～ 月 日 時間 ()	第 1 希望 第 2 希望
☐ 宿泊型 ☐ 通所型	年 月 日～ 月 日 時間 ()	第 1 希望 第 2 希望
☐ 宿泊型 ☐ 通所型	年 月 日～ 月 日 時間 ()	第 1 希望 第 2 希望