

産後ケア事業利用申請書

白河市長

申請者 住所

氏名

印

連絡先(電話)

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 母の氏名		母の 生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -) (電話)		
	ふりがな 児の氏名	(男・女) (第 子)	児の 生年月日	年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			出生体重	g

利用内容

事業の内容 (希望するサービスを○で 囲んでください)	利用希望期間	利用希望施設
宿泊ケア・日帰りケア	(~ 年 月 日) 年 月 日) 合計 日間	
宿泊ケア・日帰りケア	(~ 年 月 日) 年 月 日) 合計 日間	
宿泊ケア・日帰りケア	(~ 年 月 日) 年 月 日) 合計 日間	

利用する理由(具体的に記入してください)

(利用期間への情報提供等に関する同意) ※同意する場合、を入れてください。

申請書内容及び産後ケアの利用に必要な情報を利用施設に情報提供することに同意します。

また、産後ケアの利用状況について、利用施設から市へ情報提供することに同意します。

※以下の欄は市が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認
-------------	-------	-------	-------	--------