

会津坂下町広域産後ケア事業利用申請書

会津坂下町長

申請者 住所  
 氏名 (母との続柄)  
 (連絡先電話番号： )  
 ※日中連絡のつく連絡先

会津坂下町広域産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1. 町の産後ケアの利用は、初めてですか？ ( 初回 ・ 2回目以降 )
2. お母さん及びお子さんは病院等で行う医療的な処置の必要はありますか。  
 必要なし ・ 必要あり (具体的には )

利用者	ふりがな 母の氏名		母の生年月日	年 月 日
	住所	〒 - ※日中連絡のつく連絡先 (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 (予定) 施設名				
出産 (予定) 年月日		年 月 日	退院 (予定) 年月日	年 月 日
利用内容				
事業の種類 (当該事業を○で囲む)		利用 (予定) 期間		利用医療機関等
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 (具体的に記入ください)				
利用医療機関等への情報提供 申請書の内容について、利用医療機関等に情報提供することに 同意します ・ 同意しません				
※母子の状態				
※申請受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日	

注) ※欄は、町が記入しますので、記入しないでください。