

年 月 日

南九州市長 様

申請者 住 所 南九州市

氏 名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

産後ケア事業利用申請書

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、支援のために、私に関する情報について、市町村・委託医療機関等が共有すること及び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。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 延長利用			
利用者住所	南九州市			
利用者	(ふりがな) 母の氏名	( )	生年月日	年 月 日
	(ふりがな) 子の氏名	( ) 男・女(第 子)	生年月日	年 月 日 (月齢 か月)
	( ) 男・女(第 子)			
出産(予定)施設				
在胎週数	週	日	出生体重	g
出生時の異常	無・有( )			
母の退院(予定)日	年 月 日	子の退院(予定)日	年 月 日	
利用(予定)委託医療機関等名				
利用(予定)期間 利用(予定)日数	宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		
	日帰り型	年 月 日 ~ 年 月 日		合計 日間
		年 月 日 ~ 年 月 日		
	訪問型	年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分)		合計 日間
		年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分)		
年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分)				
	年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分)			
	年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分)			

		年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分 )
		年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分 )
申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない (からだの不調) <input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる (心の不調) <input type="checkbox"/> 授乳や沐浴など育児について不安がある (育児の不安) <input type="checkbox"/> パートナーなど家族の支援が得られにくい <input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から利用を勧められた <input type="checkbox"/> その他 ( )	
世 帯 の 区 分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	

注 この申請書を提出する場合は、母子健康手帳を持参してください。

