

本巢市産後ケア事業利用申請書兼同意書

本巢市長 様

私は、次のとおり本巢市産後ケア事業の利用を申請します。

利用申請者	ふりがな 母の氏名		生年 月日	年 月 日（ 歳）			
	住 所	本巢市			電話：		
	緊急連絡先 (里帰り先)	氏名	申請者との関係：				
		住所	電話：				
	出産機関の名称		出産日	年 月 日			
児の 氏名	(第 子)		在胎週数	週	出生体重	g	
	(第 子)		在胎週数	週	出生体重	g	
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	職 業			
希望するサービス	宿泊型 ・ デイサービス型 ・ 居宅訪問（アウトリーチ）型 ①保健指導及び授乳指導（乳房マッサージ含） ②身体的機能の回復等療養上の世話 ③心理的ケアやカウンセリング ④育児に対する指導やサポート ⑤その他（ ）						
同意書	申請するにあたり、次の2点について同意します。 ①この申請書の内容を、産後ケアサービスを受ける施設に提供すること ②健康状態等について、産後ケアサービス提供施設から市に提供すること 年 月 日 署名：						