

様式第1号（第7条関係）

月形町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

月形町長 様

下記のとおり、月形町産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな		ふりがな	
利用者(母)氏名		子氏名	
生年月日	年 月 日生(満 歳)	生年月日	年 月 日生(満 歳)
住 所	月形町	電話・携帯	
緊急連絡先	氏名 続柄() 電話・携帯		
出産病院		退院年月日	年 月 日
利用種別	希望する支援に○を付けてください。 通所型・訪問型	*町記入欄 ☐ 通所型利用日数(通算 日) ☐ 訪問型利用日数(通算 日)	
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 *空き状況によってはご希望に添えないことがあります。		
申請理由 (該当するものすべてに☑してください。)	☐ 家族等から十分な支援が得られない。 ☐ 産後の疲れが取れない、又は気持ちの落ち込みや不安がある。 ☐ 休息をとり、体力を回復させたい。 ☐ 母体ケア(乳房の手当やトラブルケア等)について不安がある。 ☐ 育児(沐浴、授乳、抱き方等)について不安がある。 ☐ 子の発育、発達について不安がある。 ☐ 家族等に育児に関する指導(沐浴、抱き方、子の発育発達等)をしてほしい。 ☐ その他()		
【同意欄】 私は、月形町産後ケア事業の利用を申請するにあたり、次のことに同意します。 ①月形町産後ケア事業利用に必要な情報を町が受託者に提供すること。 ②利用結果については、受託者から町に報告をすること。 ③利用期限や回数を超えて利用することはできないこと。 年 月 日 氏名 _____ 印 _____			

*申請内容に虚偽があった場合は、月形町産後ケア事業を利用することはできません。