

様式第1号(第6条関係)

多賀町長 様

次のとおり多賀町産後ケア事業の利用を申請します。

利用申請者(母親)	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日(歳)		
	住 所	多賀町 (緊急連絡先氏名	申請者との関係	電話番号	電話番号)	
	出産医療機関の名称		出産日	年 月 日		
	乳児の氏名	(第 子)	在胎週数	週	出生体重	g
	乳児の氏名	(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
			申請者			
利用種別 希望日	産後ショートステイ	年 月 日()から 年 月 日()まで(泊)				
	産後デイケア	年 月 日()から 年 月 日()まで(日間)				
	アウトリーチ	年 月 日()				
申 請 理 由		1 出産後の身体的機能の回復について不安がある。 2 育児について悩みがある。 3 精神的な不安がある。 4 日常の生活面について不安がある。 5 その他()				
		具体的な症状、不安に思っていることなどを記入してください。				
世 帯 の 区 分		1 生活保護世帯 2 住民税非課税世帯 3 課税世帯 4 その他				
同 意 書		この申請書の内容を多賀町産後ケア事業を委託する施設に提供すること、 および利用者の健康状態等について当該施設と多賀町との間において相互 に情報提供することに同意します。 署名 _____				