

第1号様式（第6条関係）

令和 年 月 日

（宛先）出水市長

申請者 氏 名

（利用者との関係 ）

住 所

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。

利用者	母子健康手帳番号								
	氏 名								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日				
子	氏 名								
	出生時の体重	g	性 別	男・女	第 子				
出産(予定)施設名									
出産(予定)日	令和	年	月	日	退院(予定)日	令和	年	月	日
利用(予定)期間		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
利用(予定)委託事業所等名									
申請理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 授乳や乳房について不安がある（育児の不安） <input type="checkbox"/> 沐浴などの赤ちゃんのお世話について不安がある（育児の不安） <input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる（こころの不調） <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない（からだの不調） <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"/> 出産した医療機関や助産師等から利用を勧められた <input type="checkbox"/> その他（ ）								
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯								
<p><同意書> 私は出水市産後ケア事業に関し以下の項目に同意します。</p> <input type="checkbox"/> 利用決定のため、本市が利用者及び世帯構成員の住民基本台帳等を確認すること <input type="checkbox"/> 利用料確定のため、本市が利用者及び世帯構成員の課税台帳等の関係書類の閲覧すること <input type="checkbox"/> 支援のために利用者に関する情報について、出水市及び産後ケア委託事業所など関係機関が共有すること									

注 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。