

境港市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

境港市長 様

申請者 住所

氏名

電話

境港市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

記

利用する事業	デイサービス ・ ショートステイ ・ ヘルパー派遣		
利用者(産婦)	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
利用者(乳児) *誕生前は出産予定日を記載	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日 (第 子)	
申請理由	・出産後の身体回復等について不安がある ・授乳手技について不安がある ・育児手技について不安がある ・家事の援助が受けられない ・その他()		
利用希望先			
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (うち 日)		
	時から 時までの 時間		
緊急連絡先	氏 名		
	電話番号		
利用希望先への情報提供	申請書の内容について、利用希望先に情報提供することに 同意します ・ 同意しません		

(注1)母子健康手帳(親子健康手帳)の出生状況がわかるページのコピーを添付してください。

* 以下は記入しないでください。

申請受理年月日		決定年月日(承認・不承認)	
判定所見			