

様式第1号（第6条、第8条関係）

駒ヶ根市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（届出先）駒ヶ根市長
（子ども課）

申請者 住所
氏名
連絡先（電話）

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請の種類		☐ 新規 ☐ 利用日数の延長
利 用 者	住 所	☐ 申請者と同じ (申請者と異なる場合) 駒ヶ根市 _____
	氏 名	
	子の氏名	(第 子)
出産（予定）施設名		
出産（予定）年月日		年 月 日
退院（予定）年月日		年 月 日
産後ケア事業利用（予定）医療機関等名		
利用する理由 (当てはまるものに○)		育児についての不安が強い (育児全体・授乳方法・育児の手技・児と2人きりの時不安等)
		母体の回復に不安がある(身体・気持ち等)
		休養したい(眠れない・育児に疲れてしまった・頻回授乳・上の子の世話が有り休めない等)
		その他 (体調、困っていること、心配なことなどを具体的に記入してください)
※利用日数の延長を希望する理由		
※延長（予定）期間		年 月 日から 日間

注）生活保護法による保護を受けている方は、「生活保護受給証明書」を添付してください。

以下、市記入欄

特記事項（母子の状態等）			
既利用日数	日	※延長利用（こども家庭センター面談日）	