

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		1 新規	母子健康手帳交付番号	
		2 再申請 (既利用日数 日)		
利用者	住所			
	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		
利用 (予定) 期間	宿泊型	年 月 日から 日間		
	デイケア型	年 月 日 (時 分から 時 分まで)		
産後ケア事業利用医療機関等名				
延長 (予定) 期間		年 月 日から 日間		
利用する理由【番号・()内の当てはまるものに○をしてください。複数回答可】 1、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) 2、母体の回復に不安がある(身体・気持ち等) 3、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) 4、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)				

注) 生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「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)			
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
既利用日数	日		