

産後ケア事業利用申請書

みやま市長 様

申請者	氏名			
	住所	みやま市		
	電話番号		生年月日	
代理人	氏名			
	住所			
	電話番号		続柄	

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 代理人に同じ 氏名： _____ 続柄（ _____ ）電話： _____		
出産医療機関			
出産（予定）日		退院（予定）日	
乳児の状況	氏名（ _____ ） 第（ _____ ）子 出生体重（ _____ g） 妊娠期間（ _____ 週） 出生時の異常（無・有）（有の場合： _____ ）		
	<多胎児の場合> 氏名（ _____ ）出生体重（ _____ g）出生時の異常（無・有） 氏名（ _____ ）出生体重（ _____ g）出生時の異常（無・有）		
必要とする産後ケア	<input type="checkbox"/> 分娩後の母親及び新生児に対する保健指導及び授乳指導 <input type="checkbox"/> 分娩後の母親に対する療養上の世話 <input type="checkbox"/> 産婦及び乳児に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 分娩後の母親及び産婦に対する心理的ケア <input type="checkbox"/> 育児に関する指導や育児サポート等		

<同意欄> 私は、産後ケア事業の利用申請にあたり次の事項に同意します。

- 1 みやま市が住民基本台帳等による世帯状況及び所得状況について調査すること。
- 2 利用者の情報を必要な範囲で関係機関に提供すること。
- 3 利用時の状況・結果等の情報について、関係機関で情報共有すること。

署名 _____

(代筆者 _____)