

（宛先）坂井市長

申請者 住所
 （利用希望者）氏名
 電話

坂井市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

坂井市産後ケア事業実施要綱第 6 条の規定により、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

この申請についての審査に当たり、市長が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査および連絡をすること並びに私の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

申請の理由 （該当する項目に○をつけてください）	1 身体的機能回復について不安があるため。 2 育児に対する不安が高いため。 3 家事や育児の世話をする人がなく、出産により日常生活に支障をきたすおそれがあるため。 4 その他（理由： ）		
出産施設名			
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
利用希望期間	通所： 年 月 日～ 年 月 日の中で 日間 : 2 時間未満 8 時間未満 訪問： 年 月 日～ 年 月 日の中で 日間 宿泊： 年 月 日～ 年 月 日の 日間		
世帯の区分 （該当する場合は番号に○をつけてください。）	1 生活保護法による被保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 上記以外の世帯		

利用希望者の状況	妊娠中の異常 無・有（具体的に ）					
	分娩中の異常 無・有（具体的に ）					
	出産後の異常 無・有（具体的に ）					
	その他育児について不安に思うことなど					
出生児の状況	名前	（第 子）		体重	g	
	出生時の異常 無・有（具体的に ）					
	その他の異常 無・有（具体的に ）					
緊急連絡先	氏名	（申請者との関係）				
	住所			電話		
育児協力者の状況	世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	年齢
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
	同居の家族以外の育児協力者					

<注> 申請時には、母子健康手帳をお持ちください。

【市記入欄】

利用希望者： _____（生年月日： 年 月 日 歳）

ケア内容（施設名）： _____

利用可否	可・否				
世帯状況	1 課税	2 非課税	3 生活保護		
自己負担金	通所型 @	円 / 日	2 時間・	8 時間	
	訪問型 @	円 / 日			
	宿泊型 @	円 / 日			