

龍郷町産後ケア事業利用申請書

利用 者	母 (本人)	氏名		生年 月 日		電話番号		
		住所	(里帰り先) (電話番号)					
		出産医療機関名				退院(予定)日	年 月 日	
		①緊急時連絡先	氏名		続柄		電話番号	
		②緊急時連絡先	氏名		続柄		電話番号	
	子	子の 名前		出生日	年 月 日	月 齢	か 月	
		在胎 週数	週	出生 体重	g	第 子		
		子の 名前		出生日	年 月 日	月 齢	か 月	
		在胎 週数	週	出生 体重	g	第 子		
	申請 者	氏名		続柄		電話番号		
住所								
申請 内 容	①申請理由(複数選択可)							
	☐ 自分の体調が優れない(からだの不調) ☐ 心が不安定だと感じる(心の不調) ☐ 授乳や沐浴など育児について不安がある(育児の不安) ☐ パートナーなど家族の支援が得られにくい ☐ 出産した医療機関等から利用を勧められた ☐ その他 ()							
	②①の具体的な内容							
	③利用を希望するケアの種類、期間及び施設							
		種類	期間			施設名		
		☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)					
	☐ 通所型	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
	☐ 訪問型	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
※宿泊型・通所型利用希望の方								
④県の産後ケア推進事業(産後ケア費用補助金交付申請)について								
☐ 希望する(回目) ☐ 希望しない								

上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。
本申請にあたり、課税台帳及び住民基本台帳による世帯状況等に関する公簿を閲覧することに同意します。
また、事業を実施するにあたり必要な情報を関係機関と共有することに同意します。

龍郷町長 殿

年 月 日

※利用者と申請者が異なる場合

利用者氏名
(署名又は記名押印)_____

申請者氏名
(署名又は記名押印)_____