

第1号様式（第5条関係）

大磯町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 氏名
住所
電話

次のとおり、大磯町産後ケア事業を利用したいので申請します。また、下記の個人情報に関する取扱いについて同意します。

- (1) 申請者の内容及び母子保健記録等の個人情報について、事業者へ情報提供すること。
- (2) 住民基本台帳による世帯状況及び生活保護世帯の調査をすること。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
利用者氏名			
フリガナ		出生体重	g (第 子)
子の氏名 (生年月日)	(年 月 日生)		
緊急連絡先	氏名 (利用者との関係：)・電話		
出産施設名		退院日	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後の心身に不調がある <input type="checkbox"/> 育児に対する不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する内容	<input type="checkbox"/> 産後の体調や生活面に関する相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談(乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 児のケア(体重及び排泄の観察、発育・発達の確認含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用希望区分 及び利用単位 及び利用希望 施設	<input type="checkbox"/> ショートステイ型	泊 日	
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	日	
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型	日	
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (計6日)		

※この欄は記入しないでください。

世帯の課税状況	
---------	--