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、事業者に情報提供すること。

(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 |
| 希望する内容 | □産後の体調や生活面に関する相談　　□授乳相談(乳房ケア含む)□育児相談　□児のケア(体重及び排泄の観察、発育・発達の確認含む)□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望区分及び利用単位及び利用希望施設 | 利用希望区分 | 利用単位 | 利用希望施設 |
| □ショートステイ型 | 泊　　日 |  |
| □デイサービス型 | 日 |  |
| □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 |  |