様式第１号（第６条関係）

佐用町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

佐用町長　様

申請者　住所　〒　　佐用町

氏名

連絡先（電話）

佐用町産後ケア事業実施要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。

利用希望者	ふりがな 母親の氏名			生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	ふりがな 乳児の氏名	（第　子）	性別	生年月日	年　　月　　日（　か月）
	ふりがな 乳児の氏名	（第　子）	性別	生年月日	年　　月　　日（　か月）
	出産された 医療機関名				
	緊急の 連絡先	氏名　　申請者との関係 住所 電話			
世　帯　区　分		（該当する方に〇を付けてください。） 一般世帯　・　生活保護世帯			
サービス区分	宿泊型ｻｰﾋﾞｽ	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　（　　日間）			
	通所型ｻｰﾋﾞｽ	計　　日			
	訪問型ｻｰﾋﾞｽ	計　　日			
利用を希望する理由		□産婦の母体管理及び生活面の指導　□乳房管理 □もく浴、授乳等の育児指導　□乳児の世話及び発育、発達等の確認 □その他必要な保健指導及び情報提供 （　　）			
希望する 実施医療機関等					
同　意　欄		・世帯構成について、町が調査を行うことに同意します。 ・生活保護世帯の有無について、町が調査を行うことに同意します。 ・町が産科医療機関等からの診療情報提供又はこれに代わる書面の提出を求めることに同意します。 ・町がこの申請に関する書類及び母子の健康状態等が記された書類等を産後ケア事業の実施医療機関等に提供すること並びに母子の健康状態等について実施医療機関等が町に情報提供することに同意します。 署名			

【受付者記入欄】

申請受付年月日	年　　月　　日	備考	
実施医療機関等			
決定年月日	年　　月　　日	承認　・　不承認	