

（宛先）御所市長

申請者 住所 御所市

氏名

電話番号

（利用者との関係 ）

御所市産後ケア事業利用申請書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

| 申請の種類 | | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> その他（ 回目） |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 利用者 | 住所 | 御所市 | |
| | ふりがな | | 電話番号 |
| | 母親の氏名 | | 生年月日 |
| | ふりがな | | 年 月 日 (歳) |
| | 子の氏名 | | 生年月日 |
| | ふりがな | | 年 月 日 (生後 か月 日) |
| 世帯構成 ※母子以外を記入 | 氏名 | | 生年月日 (年齢) |
| | | | (歳) |
| | | | (歳) |
| | | | (歳) |
| 世帯区分 ()内に○ | () 課税世帯 ・ () 非課税世帯 ・ () 生活保護世帯 | | |
| 緊急 連絡先 | ふりがな | | 利用者 との関係 |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |

| 希望するサービス | 希望利用期間 |
|--------------------------|--|
| ショートステイ (宿泊型) | 年 月 日 () から 年 月 日 () まで (日間) |
| デイケア (通所型) | 年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】 年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】 年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】 |
| アウトリーチ (訪問型) | 年 月 日 () |
| 特に希望する 内容 (複数回答あり) | 1. 授乳についての相談（乳房の手当て、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等） 2. 育児に関する相談（赤ちゃんのお風呂、着替え等の身の回りのお世話全般について） 3. お母さんの産後の体調等の相談 4. その他 () |

裏面もご記載ください

※職員記入欄（税情報確認）

| 日付 | 課税状況 | 担当者 |
|----|----------------------|-----|
| / | 1. 課税 2. 非課税 3. 生活保護 | |

