

産後ケア事業利用申請書

記入せずご提出ください

年 月 日

(宛先) 静岡市長

〒424-8701

住所 静岡市清水区旭町〇番〇号

申請者様の情報を記入します

申請者 氏名 静岡 花子

電話番号 054-123-4567

産後ケア事業を利用したいので、静岡市産後ケア事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請の内容の審査に当たり、静岡市が住民基本台帳及び課税資料等について調査す

太枠内の記入をお願いします

申請の種類 (該当するものにレ点)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 (今回の出産で初めて申請する場合) <input type="checkbox"/> 継続 (今回の出産でこれまでに申請したことがある場合)		
利用者氏名 <small>ふりがな</small>	静岡 花子	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
子の氏名 <small>ふりがな</small>	静岡 愛子 (男/女)	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
子の出生体重	〇,〇〇〇g (第〇子)	在胎週数	〇〇週 〇日
出産施設名	〇〇〇〇病院	退院日	令和〇〇年〇月〇日
利用種別 (該当するものにレ点)	利用希望日		利用日数、利用回数
<input type="checkbox"/> 宿泊型 (生活保護世帯・非課税世帯)	0/0~0/0		〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型 (その他の世帯)			
<input type="checkbox"/> 日帰り型 (相談と休息タイプ)			日
<input type="checkbox"/> 日帰り型 (相談タイプ)			回
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型	0/0, 0/0, 0/0		〇回
申請理由 (該当するものにレ点を記入してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅では家族等による支援がなく休息を確保できないため、療養したい。 <input type="checkbox"/> 産後の身体の回復について不安があり、保健指導を受けたい。 <input checked="" type="checkbox"/> 授乳に関する保健指導を受けたい。(乳房ケアを含む。) <input type="checkbox"/> 今後の生活や育児のことでいろいろと不安があるため相談したい。 <input checked="" type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育や具体的なお世話の仕方について保健指導を受けたい。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )		

※受付者記入 (該当するものにレ点を記入してください。)

母子の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 適切な授乳ができるためのケア (乳房ケアを含む。) が必要 <input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的な指導及び相談が必要	<input type="checkbox"/> 及び保健指導、栄養指導が必要	<input type="checkbox"/> 心理的ケアが必要
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

※静岡市記入

受付年月日	年 月 日	利用決定年月日	年 月 日
実施事業者			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。