

様式第1号（第5条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）静岡市長

〒

住民票住所

居住地（里帰りの場合）

申請者 氏名

電話番号

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ることに同意します。

更に、産後ケア事業の実施にあたり必要となる利用者の情報等を提供することに同意します。

申請の種類 (該当するものにレ点)	☐ 新規（今回の出産で初めて申請する場合） ☐ 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 ふりがな		生年月日	年 月 日
子の氏名 ふりがな	(男・女)	生年月日	年 月 日
子の出生体重	g (第 子)	在胎週数	週 日
出産施設名		退院日	年 月 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
☐ 宿泊型（生活保護世帯・非課税世帯） ☐ 宿泊型（その他の世帯）			日
☐ 日帰り型（相談と休息タイプ）			日
☐ 日帰り型（相談タイプ）			回
☐ 訪問型			回
申請理由 (該当するものにレ点を記入してください。)	☐ 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。 ☐ 産後の身体の回復について不安があり、身体的ケア及び助言を受けたい。 ☐ 授乳に関しての保健指導を受けたい。（乳房ケアを含む。） ☐ 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。 ☐ 赤ちゃんの発育や具体的なお世話の仕方について相談したい。 ☐ その他（具体的に：)		

※静岡市記入

資格者確認	☐ 利用者（母親）について、入院加療の必要がない。		
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。