

様式第1号（第6条関係）

長浜市産後ケア事業利用申請書

長浜市長 あて

私は、次のとおり長浜市産後ケア事業の利用を申請します。 （新規利用 継続利用）

		年 月 日				
申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	長浜市 <div style="text-align:right">電話</div>				
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)	電話		
		住所				
	乳児の氏名	(第 子)	出生日 (出産予定日)	年 月 日		
	出産(予定) 回数		妊娠期間	週		
	出生体重	g	直近体重	g (計測日)		
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日
世帯区分 ()に○をつけてください。		<input type="checkbox"/> () 【区分A】 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> () 【区分B】 生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯				
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的回復に不安 <input type="checkbox"/> 育児について不安 <input type="checkbox"/> 日常生活において不安 <input type="checkbox"/> 育児、家事等の支援者がいない <input type="checkbox"/> その他 ()		希望する 支援内容	<input type="checkbox"/> 産婦の心身、栄養、生活相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談、簡単な乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発達、発育相談 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望するサービス	希望日数		希望する日	希望の利用開始時刻	希望の利用終了時刻
<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 訪問型	日	年 月 日～ 月 日	:	:		
		年 月 日～ 月 日	:	:		
		年 月 日～ 月 日	:	:		
		年 月 日～ 月 日	:	:		
利用希望事業者	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()					
産後心配している こと	アレルギー： 無 ・ 有 ()					
①長浜市産後ケア事業利用申請書及び事業の利用に必要な情報を事業者提供することに同意します。また、健康状態等について、事業者から健康推進課に情報提供することに同意します。 ②長浜市産後ケア事業利用申請の審査のため、健康推進課が必要な範囲で、住民基本台帳、同一世帯に属する者の市民税課税状況又は生活保護受給状況に関する資料を閲覧することに同意します。 ③利用者の都合により宿泊型、デイサービス型の日程を変更・中止する場合において、利用日の前々日の17時以降は、キャンセル料を支払うことに同意します。						
年 月 日 申請者氏名						

