

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。(該当に☒)

☐母子ともに長浜市に住民登録があります。(母子ともに長浜市に住民登録がない場合は利用できません。)

☐産後、12 か月未満の母子です。

☐母子ともに医療行為は必要ありません。

申請日	年 月 日		
(ふりがな) 申請者(妊・産婦) 氏 名	()	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
※代理人申請の場合、ご記入ください 代理人氏名：申請者との関係：			
住 所	〒 長浜市		
電話番号	日中連絡の取れる連絡先 — —	緊急 連絡先	氏名 (申請者との関係：)
			TEL： — —
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
世帯区分	(該当に ☒) ☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		

○お子さんの状況について

(ふりがな) こどもの氏名	() (第 子) (男・女)	生年月日 (予定日)	令和 年 月 日
出生体重	g	【直近体重】 g (計測日： 月 日)	
出産(予定)医療機関	妊娠期間		週 日
出生時の 異常の有無	無・有	「有」の方は内容を記入ください。 例：チアノーゼ・保育器等使用など ()	
既往歴・治療中の 病気の有無	無・有	「有」の方は 内容を記入ください。 例：熱性けいれん・アレルギーなど ()	
かかりつけ医	無・有	医療機関名： 内服：無・有(お薬の名前：)	

