　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者→委託事業者→町）

年　　　月　　　日

愛別町長　様

愛別町産後ケア事業利用申請書

申請者 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

次のとおり、愛別町産後ケア事業の利用を申請します。

なお、本事業の利用にあたり、愛別町が出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、愛別町が委託事業者に対して必要な個人情報を提供すること、及び委託事業者が愛別町に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
|  | |
| 連絡先 | （住所）〒  （電話番号） | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　続柄　　　　電話番号 | | | | | | |
| （ふりがな）  子の氏名 |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
|  | |
| 出生体重 |  | 退院日 | | | |  | |
| 出産医療機関 |  | かかりつけ医 | | | |  | |
| 世帯構成 | 氏　名 | 性別 | | 続柄 | 生年月日 | | 職業・学校など |
|  | 男・女 | |  | .　. | |  |
|  | 男・女 | |  | .　. | |  |
|  | 男・女 | |  | .　. | |  |
|  | 男・女 | |  | .　. | |  |
| 利用種別及び  利用希望期間 | □宿泊型　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日  □日帰り型  　①　　　年　　月　　日　　　②　　　　年　　　月　　　日  ③　　 年　 月　 日　　 ④　　　　年　　　月　　　日  □訪問型  　①　　　年　　月　　日　　　②　　　　年　　　月　　　日  ③　　 年　 月　 日　　 ④　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 申請理由 | □家族等から十分な支援が得られないため  □心身の不調により休養したいため  □母体ケア（乳房ケアやトラブルケア、産後の体調等）に不安があるため  □育児（沐浴、授乳、抱っこ等）について不安があるため  □子どもの発育・発達に不安があるため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 既往歴など | 無・有　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| アレルギー | 無・有　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |