

本巢市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住所  
氏名  
(利用者との関係 )  
電話番号

下記のとおり、本巢市の産後ケア事業の利用を申請します。

利用者氏名	フリガナ 母		年 月 日 ( 歳)
	フリガナ 子		年 月 日 ( か月)
住所 (住民票上の住所地)			電話番号
訪問先住所 (上記と異なる場合のみ記載)	様方		電話番号

出産機関			出産日	年 月 日	
在胎週数	週	出生体重	g	(多胎の場合全ての児についてご記入ください)	
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	職 業	備考
利用予定機関			利用開始 予定日	年 月 日	
希望する サービス	宿泊型 ・ デイサービス型 ・ アウトリーチ（居宅訪問）型				
	①保健指導及び授乳指導（乳房マッサージ含） ②身体的機能の回復等療養上の世話 ③心理的ケアやカウンセリング ④育児に対する指導やサポート ⑤その他（ ）				

同意いただける場合、をお願いします。

- 産後ケア利用にあたって、必要時関係機関へ照会させていただきます。
- 本様式は、ケアを提供する助産師へ提供させていただきます。