

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

下記のとおり、産後ケア事業の利用について申請いたします。

なお、利用対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報調査及び確認すること、並びにケアに必要な利用者の個人情報を協力医療機関と共有することに同意します。

記

| | | | |
|------------------------|--|-------------|-------------|
| 申請者住所 (利用者) | 〒 ー 桐生市 | | |
| ふりがな 申請者氏名 (利用者) | | ふりがな 児氏名 | |
| 生年月日(年齢) | 年 月 日(歳) | 生年月日(年齢) | 年 月 日(生後 日) |
| 電話番号 | ー ー | | |
| 緊急連絡先氏名 | | 緊急連絡先 | |
| 利用条件 (すべてを満たすこと) | <input type="checkbox"/> 桐生市に住所のある、産後1年未満の母子である。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調又は育児不安がある <input type="checkbox"/> 母子共に医療管理が必要なく、退院が許可されている。 | | |
| 希望種別 | <input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型(1日) <input type="checkbox"/> 通所型(半日) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 | | |
| 希望施設 | 第一希望： 第二希望： | | |
| 利用期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 申請理由 | | | |
| 世帯の区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 | | |
| 担当者記入欄 | | | |