

様式第1（第12条関係）

長久手市産後ケア事業訪問型利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者氏名

出産後、助産師から育児手技等の助言や相談を受けたいので、下記のとおり長久手市産後ケア事業訪問型の利用を申請します。この申請にあたり、審査に必要な市町村民税等に関する資料及び生活保護受給を確認されることやこの申請情報を委託する助産師に提供し、助産師と連絡することについて同意します。

申請者の状況	住 所	[〒480-] (アパート等の場合は方書、号数まで記入) 長久手市			
	産婦氏名・生年月日 <small>ふりがな</small>	S・H 年 月 日生			
	連絡先 (電話番号等)	固定 0561 () FAX 0561 () 日中連絡のとれる番号 携帯 () 緊急連絡先 ① (続柄: ()) ② (続柄: ())			
	出産日	年 月 日 産後 か月			
	赤ちゃん訪問日	年 月 日			
	産後ケア訪問希望日	年 月 日 AM・PM			
	希望するケア内容 【複数選択可】 (1回60分)	<input type="checkbox"/> 授乳（マッサージは除く） <input type="checkbox"/> 抱っこの仕方、あやし方 <input type="checkbox"/> オムツ、衣類の着脱の仕方 <input type="checkbox"/> 沐浴の仕方 <input type="checkbox"/> 環境整備（寝具、室温調整等） <input type="checkbox"/> 母体の健康管理 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特記事項				
世帯の状況	<small>ふりがな</small> 氏 名	続柄	生年月日	職業（学校・学年等）	備 考
	(生計中心者)				
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他			

利用申請書の情報は、長久手市産後ケア事業訪問型以外の目的には使用しません

