様式第１号（第６条関係）

糸魚川市産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

糸魚川市長　様

申請者　住　　所　糸魚川市

氏　　名

電話番号

（産婦との続柄：　　）

糸魚川市産後ケア事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり糸魚川市産後ケア事業の利用を申請します。

なお、市が申請書の内容を産後ケアの委託先に提供し、また、委託先が産後ケアの実施状況を市に報告することに同意します。

産　婦	ふりがな 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所	糸魚川市		
	電話番号			
子	ふりがな 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	出生時体重	g	出産した医療機関名	
緊急連絡先	ふりがな 氏　　名	（産婦との続柄：　　）	電話番号	
希望するサービス	□　訪問型　　□　通所型　　□　宿泊型			
希望するケア内容	□　産婦の健康面及び生活面の相談及び指導 □　乳房に関する相談及び指導 □　授乳に関する助言及び指導 □　沐浴の実施及び方法に関する助言及び指導 □　育児に関する相談及び指導 □　発育又は発達に関する相談及び指導 □　その他（　　）			
	上記にチェックした内容について、具体的なことや不安に思っていることを記入してください。			
利用希望施設名				