

有田市産後ケア事業利用申請書

有田市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	ふりがな 母の氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	(〒 - ) 電話番号		
	ふりがな 子の氏名	( 男 ・ 女 ) (第 子)	生年月日	年 月 日
	市民税 課税区分	課税世帯 ・ 非課税世帯 ・ 生活保護世帯		
希望メニュー		利用希望期間		
<input type="checkbox"/>	宿泊	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日)		
<input type="checkbox"/>	宿泊以外 (乳房ケア・訪問・日帰り)	年 月 日 ~ 年 月 日 (産後1年未満)		
以下、当てはまる <input type="checkbox"/> 全てにチェックを入れてください。				市記入欄
申請理由	<input type="checkbox"/> 休養したいため			
	<input type="checkbox"/> 出産後の育児について不安があるため			
	具体的な内容:育児手技 ・ 授乳手技 ・ 多胎 ・ その他			
	<input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安があるため			
	具体的な内容:( )			
	<input type="checkbox"/> 育児・家事などを手伝ってくれる人がいないため			
<input type="checkbox"/> その他( )				
産後ケア事業 で、どのような サービスを受け たいですか	<input type="checkbox"/> 授乳指導 調乳指導 <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 母体のケア			
	<input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 心理的なケア			
	<input type="checkbox"/> その他( )			
利用機関への情報提供				
・申請書の内容について、利用機関等に情報提供することに				(同意します・同意しません)
・市民税課税区分を確認することに				(同意します・同意しません)