年　　月　　日

中野市産後ケア事業利用申請書

　中野市長　　　あて

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （利用者） | 氏名 | | |
| 住所　（〒　　　　　－　　　　　　） | | |
| 電話番号 | | |
| 子の氏名 | | 第　　　　子 |
| 出産年月日 | 年　　　月　　　日 | 退院（予定）日 | 年　　月　　日 |
| 出産  医療機関等名 |  | | |
| 利用区分 | * 宿泊型　　□　通所型　　□　訪問型 | | |
| 申請区分 | * 新規　　　□　追加（宿泊型のみ必要と認めれば追加できます） | | |
| 利用期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　　回（日間） | | |
| 利用希望する  医療機関  または助産所 |  | | |
| 利用したい理由の番号や内容に〇をしてください。  （複数回答可） | １ 心配なことがある【授乳のこと・沐浴の仕方・児の体重の増え  ・母の産後のからだの回復・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  ２ 不安がある【育児全体・母子同室できなかった・夜間や児と2人きりの不安  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  ３ 休息したい【母の体調不良・育児疲れ・授乳が頻回・サポートがない  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  ４ その他（上記に当てはまらない場合自由に記載してください。） | | |

|  |
| --- |
| 本サービス利用に伴う自己負担額算定のため、市で保有する情報を確認すること  及び必要な情報を受託医療機関等に提供することに同意します。  申請者氏名 |