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　　　　　　　　　　　　　　 |