

様式第1号（第6条関係）

富士見市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）富士見市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

母子健康手帳番号			
利用者の氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		生年月日	年 月 日
産後ケアが必要な理由	※下記のいずれか又は双方に該当する方が対象となります。 <input type="checkbox"/> 家族等から十分な家事及び育児の援助を受けることができない。 <input type="checkbox"/> 育児や体調に不安がある。		
希望するケアの内容 ※希望する項目に☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 母親同士の交流（デイサービス型 半日型・集団のみ） <input type="checkbox"/> 休息、児の預かり（デイサービス型 1日型・個別のみ）		

同意書

私は、産後ケア事業を利用するにあたり、次の事項について同意します。

下記に☑を入れ、氏名（自署）欄にご署名ください。

- 市が住民基本台帳による住民登録の有無を確認すること。
- 市が、医療機関その他関係者に産後ケア事業実施のために必要な範囲で個人情報を提供すること。
- 医療機関その他関係者が市へ産後ケア事業実施状況を報告すること。

氏名（自署）
