

年 月 日

中野市産後ケア事業利用申請書

中野市長 あて

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請の種類 (番号を○で囲む)	1 新規 2 延長 (宿泊型が7日間超える場合)		母子健康手帳 交付番号
	1 宿泊型 2 通所型 3 居宅訪問型		
利 用 者	住所	(〒)	
	氏名		
	子の氏名	(第 子)	
出産(予定) 医療機関等名			
出産(予定)年月日	年 月 日	退院(予定)年月日	年 月 日
利用(予定)期間	年 月 日から 日間		
産後ケア事業利用 希望医療機関等名			
利用する理由 (困っていることや心配なことを具体的に記入ください)			
医療機関等の意見 (該当する番号に○をしてください)			
1 産後の身体的機能の回復について不安があり、保健指導を必要とする			
2 育児不安が強く、保健指導を必要とする			
3 産後の経過に応じた休養、栄養の管理等の日常の生活面で保健指導を必要とする			
4 その他[]			
記入者 (医師名又は助産師)			
職・氏名			

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 _____