様式第1号(第6条関係)

高森町長　様

年　　月　　日

高森町産後ケア事業利用申請書

　高森町産後ケア事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

　なお、申請に当たり、次の事項に同意します。

　１　利用決定の審査のために、住所、世帯構成等について、公簿等を確認すること。

２　利用者への支援に資するため、必要な情報を高森町と委託事業者が相互に情報提供すること。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな産婦氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| ふりがな乳児氏名 |  | 住所 | 高森町　　　　　　　　　　 |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） |  |
| 出産日 | 　　　　　　年　　　　月　　　日 | 出産医療機関 |  |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　(続柄：　　) | 電話番号（携帯） |  |
| 申請者 | □利用者と同じ（記入不要）　　　　□利用者と異なる（以下に記入） |
| ふりがな氏　名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 住　所 | 高森町 | 電話番号 |  |
| 申請理由（該当する項目にチェックを入れてください。） | □休息をとりたい□身体的な不調がある□育児不安がある□母乳育児に困難を感じている（乳房トラブル等）　□家族等から十分な育児支援が受けられない□産科医療機関等から勧められた□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　添付書類

□　母子健康手帳の写し