

（宛先）比布町長

比布町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、比布町産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名			生年月日	年 月 日	
連絡先	住所：〒 比布町 電話番号：				
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号：		
(ふりがな) 乳児の氏名			生年月日	年 月 日	
	※早産児の場合記入 出産予定日： 年 月 日				
出生体重	g		退院日	年 月 日	
出産医療機関			かかりつけ医（児）		
世帯構成 （利用者・乳児を除く世帯員を記入）	氏名	性別	続柄	生年月日	職業・学校等
		男・女			
		男・女			
		男・女			
		男・女			
		男・女			
申請理由 （該当する全てに印）	<input type="checkbox"/> 心身の不調により休養したいため <input type="checkbox"/> 乳房ケアについて不安があるため <input type="checkbox"/> 育児（授乳、沐浴、抱っこ等）について不安があるため <input type="checkbox"/> 子どもの発育・発達に不安があるため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
既往歴・アレルギーなど	(母)		(児)		
自己負担額の免除	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯（生活保護決定通知書の写しを添付してください）				
利用希望機関	<input type="checkbox"/> 助産院あゆる <input type="checkbox"/> たぐち助産院				

個人情報の提供等に関する同意書	
本事業の利用にあたり、比布町が出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、比布町が受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が比布町に対して必要な個人情報を提供することに同意します。	
_____ 申請者氏名	_____ 印

*利用希望機関を変更する際は、再度申請が必要です。