

年 月 日

高梁市長 様

申請者 住所 高梁市
氏名

（本人の自署による署名又は記名押印をしてください。）

（申請者との続柄： ）

高梁市産後ママ安心ケア事業利用申請書

下記のサービスを利用したいので、高梁市産後ママ安心ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。また、本事業を実施するにあたり必要となる情報を、委託医療機関等に提供し、施設管理規則を守ることに同意します。

記

| | | | | | |
|-----------------|------|--|---------|--|--|
| 利用希望施設 | | | | | |
| 利用サービス名 | | 1 宿泊型ケア | | | |
| | | 2 日帰り型ケア | | | |
| | | 利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） | | | |
| | | 3 母乳・育児相談 | | | |
| | | 利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） | | | |
| 利用者 | 住所 | 電話番号（ ） | | | |
| | ふりがな | 生年 | 年 月 日 | | |
| | 産婦氏名 | 月日 | （満 歳） | | |
| | ふりがな | 生年 | 年 月 日 | | |
| | 乳児氏名 | 月日 | （生後 ヶ月） | | |
| 利用希望者 | | 1 母及び乳児 2 母のみ 3 乳児のみ | | | |
| 利用希望理由 | | ① 育児支援者の協力を得ることが難しい。 ② 育児について不安がある。 ③ 出産後の体調の回復に不安がある。 ④ その他具体的に（ ） | | | |
| 利用希望期間 | | 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間） | | | |
| 利用者以外の 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄： 電話 （ ） | | | |
| | 住所 | | | | |