

養父市産後ケア事業利用申請書

養父市長 様

申請者 住所
氏名
利用者との関係

下記のとおり、養父市産後ケア事業の利用に当たり、以下の内容に同意の上、申請します。

- ・市から委託先に必要な情報を提供する事
- ・委託先から市に、利用者の健康状態等必要な情報を報告すること

申請年月日	令和 年 月 日	母子健康手帳番号	養 ー
利用者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	出産(予定)日 令和 年 月 日
	住所	(〒 ー) 養父市 電話 ()	
利用種別 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用希望日	令和 年 月 日 日間
		利用医療機関名	公立八鹿病院 ・ 公立豊岡病院
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	利用希望日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> アクトリーチ (助産師訪問)型	利用希望日	令和 年 月 日
	希望のケア内容	<input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴の実施及び指導 <input type="checkbox"/> 授乳等育児手技について <input type="checkbox"/> 乳児の発達・発育チェック <input type="checkbox"/> 母体管理及び生活について	
利用理由 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入)	<input type="checkbox"/> 産後の身体回復・休養 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 乳房ケア・母乳育児支援 <input type="checkbox"/> 精神的不安定 <input type="checkbox"/> その他 ()		