様式第１号（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　　日

佐呂間町長　　　　様

佐呂間町産後ケア事業利用申請書

次のとおり、佐呂間町産後ケア事業の利用を申請します。　 （※太枠の中をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | 佐呂間町字  電話番号（　　　　　　　　　　）携帯電話（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出産（予定）医療機関 |  | | 母子手帳No. | |  |
| 利用希望日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| （ふりがな）  子の氏名 |  | 性別 | □生年月日  □予定日 | 年　 月 日 | |
| 男 ・ 女 |
| 申請理由  （該当するもの全てに☑してください。仮登録の場合は記入不要です） | □①家族等から十分な支援が得られない  □②産後の疲れが取れない  □③産後、気持ちの落ち込みや不安がある  □④母体ケア（乳房手当てやトラブルケア等）について相談したい  □⑤育児（授乳・抱っこ等）について相談したい  □⑥子の発育・発達について相談したい  □⑦その他（具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 《同意書》①利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。  　　　　　②当該事業に必要な情報を、事業者に提供する場合があります。  　　　　　③利用の結果については、事業者から佐呂間町に報告されます。  　　　　　④利用可能期間や回数を超えて利用することはできません。  　　　　　⑤佐呂間町産後ケア事業利用証を提示せずに、本事業を利用することはできません。  　　上記①～⑤に同意します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　申請者氏名 | | | | | |