

山縣市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

山城市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

下記のとおり山城市産後ケア事業の利用を申請します。

なお、山城市産後ケア事業の利用にあたり、必要な個人情報を医療機関に提供すること及び医療機関が、山城市に対して個人情報を提供することに同意します。

(ふりがな) 利用者氏名		年 月 日 (歳)
住 所	山城市	
緊急連絡先	氏 名	利用者との関係 ()
	住 所	
	電 話	
(ふりがな) 子の氏名		在胎週数 週 日
出産 (予定) 日	年 月 日	出生体重 g (第 子)
出産 (予定) 施設名		
利用希望種別・ 日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型 月 日 ~ 月 日 (泊 日)	
	<input type="checkbox"/> 通所型 月 日 ~ 月 日 (回)	
利用希望施設	第1希望 () 第2希望 ()	※施設の空き状況により、希望に添えない場合がありますので、ご了承ください
特に利用を希望 する項目 (希望する項目に○ をつけてください)	1 産後のケア (お母さんの産後の体調等の相談、乳房の手当等) 2 赤ちゃんのケア (体重の増え等の発育・発達の様子の確認、スキンケア等) 3 育児に関する相談・指導 (授乳及び赤ちゃんのお風呂の入れ方・家庭での育児)	
利用申請理由 (特に心配なこと)		
※担当者欄 (母子の状況等)		