第１号様式（第４条関係）※利用希望者⇒垂水市⇒産後ケアセンター（委託医療機関等）

垂水市産後ケア事業利用申請書兼同意書【見本】

※必要なケアが実施できるよう内容について、垂水市担当者より聞き取りを行います。

利用者	本人（続柄）	氏名	垂水　花子	生年月日	●年●月●日	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
		住所	(〒　●●●　－　●●●●）　垂水市●●●●●●●●●●●●●●●●●●				
			(里帰り先)		(TEL)		
	母	母子健康手帳番号	●●●●●●●●●●●●●				
		出産医療機関名	●●●●●●病院	退院(予定)日	●　年　●　月　●　日		
		緊急時連絡先	氏名	垂水　太郎	続柄	●	電話番号 ●●●-●●●●-●●●●
	子	子氏名	垂水　小太郎	出生日	●　年　●　月　●　日	月齢	●　か月
		在胎週数	●●　週	出生体重	●●●●　g	第　●　子	
申請者		氏名	垂水花子　※代理可	続柄	母（本人）	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
		住所	垂水市●●●●●●●●●●●●●●●●●●				

申請内容

①申請理由（複数選択可）

■　自分の体調が優れない（からだの不調）
□　心が不安定だと感じる（心の不調）
□　授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安）
□　パートナーなど家族の支援が得られにくい
□　出産した医療機関等から利用を勧められた
□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　）

②①の具体的な内容

●●

③利用を希望するケアの種類，期間及び施設

種類	期間		施設名
■　短期入所型	●　年　●　月　●　日　～　●　年　●　月　●　日	●　日	●●●病院
□　通所型	年　月　日　～　年　月　日	回	
□　居宅訪問型	年　月　日　～　年　月　日	回	

④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なることがあります）

□　市民税課税世帯　　□　市民税非課税　　□　生活保護受給世帯
□　利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。

上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。また、支援のために、私に関する情報について、垂水市及び産後ケアセンター（市が委託する医療機関等）など関係機関が共有することを同意します。

垂水市長　様

●　年　●　月　●　日

利用者氏名（押印不要）　垂水　花子

申請者氏名（押印不要）

※利用者と申請者が異なる場合