

様式第1号（第6条関係）

深谷市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

深谷市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。事業利用にあたり、必要な情報を医療機関等と共有することについて同意します。

また、利用料区分の確認のため、市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

記

ふりがな 申請者氏名	印	生年月日	年 月 日
申請者住所	深谷市 電話番号		
ふりがな 子の氏名	男・女	子の生年月日	年 月 日
子の出生体重	g	出産施設名	
世帯構成	氏名（ふりがな）	続柄	職業 生年月日 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
申請理由	1 出産後の身体機能の回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 その他（ ）		
希望する支援	1 母子の健康管理 2 生活面の指導 3 乳房管理 4 授乳等の育児指導 5 もく浴指導 6 療養上の援助 7 その他必要な支援（具体的な内容 ）		
利用希望施設	第1希望（ ） 第2希望（ ）		
希望するサービス	□宿泊型	年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
		年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
		年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
	□日帰り型	年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
		年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
		年 月 日（ ）～ 月 日（ ）（ 日間）	
□訪問型	年 月 日 時 分～ 時 分		
	年 月 日 時 分～ 時 分		
	年 月 日 時 分～ 時 分		
	年 月 日 時 分～ 時 分		
	年 月 日 時 分～ 時 分		
	年 月 日 時 分～ 時 分		

※市記入欄

申請受理年月日	年 月 日	番 号	
要件確認	□住所 □利用料区分（一般世帯、市町村民税非課税世帯、生活保護世帯）		
審査結果	□利用承認 □利用不承認		

