

（あて先）登米市長

〒

申請者住所 \_\_\_\_\_  
 申請者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**登米市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書**

登米市産後ケア事業を利用したいので、登米市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

利用者情報	(ふりがな)				生年月日	年 月 日 ( 歳)
	母の氏名					
	(ふりがな)	男・女	出生体重	g	生年月日	年 月 日
	児の氏名					
	(ふりがな)	男・女	出生体重	g	生年月日	年 月 日
	児の氏名					
	出産医療機関				出産予定日	年 月 日 (妊娠 週)
	住 所	登米市				
電話番号	(携帯)	—	—	(自宅)	—	—
緊急連絡先	氏名	続柄		電話番号	—	—
(利用者除く。世帯構成)	氏 名	続柄	生年月日	職業・学校・保育所等	備考	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後に家族等身近な人から家事、育児等の十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 産後に体調に不安があるため休みたい。 <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため指導及び相談を受けたい。 <input type="checkbox"/> 出産した産婦人科等から勧められた。 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用希望内容	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理（休息を含む。）及び生活面の相談・支援 <input type="checkbox"/> 乳房ケア、授乳方法等の支援 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・支援（沐浴、排泄、栄養等） <input type="checkbox"/> 発育・発達確認（体重管理等）及び相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

\*裏面もご記入ください。

希望日・施設	□宿泊型	利用期間	第一希望	月	日	～	月	日	( )日間		
			第二希望	月	日	～	月	日	( )日間		
			第三希望	月	日	～	月	日	( )日間		
		利用施設	第一希望								
			第二希望								
			第三希望								
	□日帰型	利用期間	第一希望	月	日						
			第二希望	月	日						
			第三希望	月	日						
		利用施設	第一希望								
			第二希望								
			第三希望								
□訪問型	利用期間	第一希望	月	日							
		第二希望	月	日							
		第三希望	月	日							
	利用施設	第一希望									
		第二希望									
特記事項											
同意欄	<p>登米市産後ケア事業実施要綱により、産後ケア事業の利用について、下記の事項に同意の上、申請します。</p> <p>(1) 産後ケア事業の利用の決定に当たり、公簿等により世帯、所得、課税等の状況を調査します。なお、公簿等による確認ができない場合は、他市町村に記載内容の確認を行い、又は関係書類の提出を求めることがあります。</p> <p>(2) 産後ケア事業の円滑な実施のため、事業者に対し、当該事業の利用に係る書類の写しその他必要な情報を提供します。</p> <p>(3) 産後ケア事業を効率的かつ効果的に実施するため、事業者から産後ケア事業の実施状況の報告を受け、情報共有を図ります。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>										

\* 登米市記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		
担当者欄 (母子の状況等)			

担当者氏名 \_\_\_\_\_