様式第１号（第６条関係）

美里町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

美里町長　宛

美里町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、町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 利用者氏名			生年月日	年　月　日
利用者住所	美里町 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		出生施設名	
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　主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（　）～　年　月　日（　）（　日間） 年　月　日（　）～　年　月　日（　）（　日間） 年　月　日（　）～　年　月　日（　）（　日間）
	□日帰り型	年　月　日（　）　年　月　日（　） 年　月　日（　）　年　月　日（　） 年　月　日（　）　年　月　日（　） 年　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 年　月　日　時　分～　時　分

※町記入欄

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		