

鳴門市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

鳴門市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので、申請します。

(ふりがな) 母氏名		(ふりがな) 児氏名	
生年月日	S. H 年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	鳴門市		
TEL		緊急連絡先	(続柄)
出産(予定) 医療機関		妊娠状況	出産予定日: 年 月 日
		出産状況	在胎週数: 週 出生体重: g
本人の意向 及び家族の 意向			
留意事項	①通院: なし・あり(病名: 病院名:) ②内服: なし・あり(内服薬:) ③アレルギー: なし・あり(種類:) ④その他配慮が必要なこと ()		
	産後デイサービス事業		産後ショートステイ事業
利用希望日	年 月 日～ 年 月 日 (日間) 曜日: 月 火 水 木 金 時間: : ~ :	年 月 日～ 年 月 日 (日間) 曜日: 月 火 水 木 金 時間: : ~ :	
希望する サービス	・乳房のケア ・授乳指導 ・沐浴指導 ・スキンケアの指導 ・育児相談 ・その他()		

情報提供などに関する同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- (1) 当事業を利用するために、必要な範囲内で個人の情報をサービスを利用する機関に提供することに同意します。
- (2) 自己負担額は利用事業者を支払うことに同意します。

また、利用日の2日前までに中止の申し出がない限り、産後ケア事業を利用しなくとも、費用を負担することに同意します。

氏名
