

(宛先)
鳴門市長

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) 利用者氏名		(ふりがな) 児氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日 <small>出産前の場合は出 産予定日を記入</small>	年 月 日 (か月)
住所	鳴門市		
生活保護 受給の有無	有 ・ 無	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
申請理由	1. 出産後の体調不良や乳房トラブルがある 2. 精神的な落ち込みや不安が強い 3. 家事・育児に関する不安がある 4. その他()		
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()		
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 ()		

調査及び情報提供等に関する同意欄

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- (1) 住民登録及び生活保護受給の有無について関係部署に調査することに同意します。
- (2) 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。
- (3) 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 (続柄)

※以下の欄は鳴門市が記載します。

決定年月日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護該当なし