様式11

平内町長　殿

平内町産後ケア事業利用申込書

申込日：　　年　　月　　日

次の通り、平内町産後ケア事業の利用を申し込みます。

利用者	ふりがな 母の氏名		生年月日	S・H　　年　　月　　日（　　歳）		
	住　　所	〒				
	電話番号		緊急連絡先	氏名　　（子との関係　　） ＴＥＬ：		
	ふりがな 児の氏名	（第　　子）	生年月日	Ｒ　　年　　月　　日		
	出生体重	ｇ	栄　養	母乳・混合・ミルク　　1日　　回		
	ふりがな 児の氏名	（第　　子）	生年月日	Ｒ　　年　　月　　日		
	出生体重	ｇ	栄　養	母乳・混合・ミルク　　1日　　回		
	出産医療機関			妊娠期間	週	

世帯構成（利用者他）	氏名	続柄	生年月日	職業	備考

＊下記については、利用日を打ち合わせてご記入ください。

サービス名	利　用　予　定　日
産後ケア（宿泊型）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日【　　】日間

申請理由 （該当するものに✔）	□　家族等から十分な支援が得られない □　休息をとって、体力を回復させたい □　産後の疲れがとれない、気持ちに不安がある □　母体ケアについて相談したい □　その他（　　）
同意欄	①産後ケア事業の利用にあたり、平内町が委託医療機関（my.josan-in PEANUT）等に対して、必要な 個人情報を提供し、委託医療機関が平内町に対して必要な個人情報を提供すること。 ②産後ケア事業の利用後に、利用者本人に平内町が電話や訪問等で状況を確認すること。 同意年月日　　年　　月　　日　同意者氏名 （代筆者氏名　　）