

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|---|-----|-----------|----------|----------|----|--|--|
| 利用者                                                                                               | 母（本人）                                                                                                                                                                                                                                                                             | 氏名                |              |   |     | 生年<br>月 日 |          | 電話<br>番号 |    |  |  |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 住所                | (里帰り先) (TEL) |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 母子健康手帳番号          |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 出産医療機関名           |              |   |     |           | 退院(予定)日  | 年 月 日    |    |  |  |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 緊急時連絡先            | 氏名           |   |     |           | 電話       |          |    |  |  |
| 児                                                                                                 | 児の名前                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |              |   | 出生日 | 年 月 日     |          | 月齢       | か月 |  |  |
|                                                                                                   | 在胎週数                                                                                                                                                                                                                                                                              | 週                 | 出生体重         | g | 第   | 子         |          |          |    |  |  |
| 申請者                                                                                               | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |              |   | 続柄  |           | 電話<br>番号 |          |    |  |  |
|                                                                                                   | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| 申請内容                                                                                              | ①申請理由（複数選択可）                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない（からだの不調）<br><input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる（心の不調）<br><input type="checkbox"/> 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安）<br><input type="checkbox"/> パートナーなど家族の支援が得られにくい<br><input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から利用を勧められた<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | ②①の具体的な内容                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | ③利用を希望するケアの種類、期間及び施設                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | 種類                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 期間           |   |     |           |          | 施設名      |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> 宿泊型                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日 ～ 年 月 日（日間） |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> デイケア型                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日 ～ 年 月 日     |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> アウトリーチ型                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日 ～ 年 月 日     |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| 申請内容                                                                                              | ④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なることがあります）                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 住民税非課税 <input type="checkbox"/> いずれでもない                                                                                                                                                                                    |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。                                                                                                                                                                                                                              |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| 上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。<br>また、支援のために、私に関する情報について、町・産科等医療機関・産後ケア実施施設など関係機関が共有することを同意します。<br>湧水町長 殿 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| 年 月 日<br>利用者氏名<br>（署名又は記名押印）<br>申請者氏名<br>（署名又は記名押印）                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |
| ※利用者と申請者が異なる場合                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |              |   |     |           |          |          |    |  |  |