

年 月 日

千曲市産後ケア事業利用申請書

（宛先）千曲市長

申込者 住 所
氏 名 ⑩
連絡先（電話）

次のとおり千曲市産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請にあたっては、住民基本台帳の閲覧に同意し、助産師訪問事業者に本申請書を送付することに同意します。

利 用 者	住 所	(〒 -)	
	氏 名	母子健康手帳交付番号	
	子 の 氏 名		
出産施設名			
出産年月日		年 月 日	
退院年月日		年 月 日	
申請理由	1 出産後の体の回復や健康に不安がある 2 休養や栄養管理、その他日常生活に不安がある 3 沐浴や授乳等育児に対する不安がある 4 乳房のケアに不安がある 5 その他 具体的にご記入ください []		
*備考			
*申請受付年月日	年 月 日	*決定年月日	年 月 日

- 注) 1 申請者氏名欄は、申請者が署名又は記名押印してください。
 2 生活保護法による保護を受けている者は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付してください。
 3 *印欄は、担当者が記入しますので、記入しないでください。