様式１（第７条関係）

能登町産後ケア事業利用申請書

年　　月　　日

（宛て先）能登町長

（申請者）住所

　　　　氏名

利用者との関係（　　　　　　　　　）

電話（　　　　　　　　　　　　）

私は、能登町産後ケア事業の利用を申請します。

なお、利用者負担額の算定のため、世帯の生活保護受給の有無について確認を行うことに同意します。また、町と医療機関等が利用者支援のために必要な情報について共有することを認めます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の種類 | □新規　　　□期間の延長 | | | | |
| □宿泊型　　□訪問型 | | | | |
| 利用者 | 住所 | | 能登町字 | | |
| （ふりがな）  利用者氏名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | |
| 連絡先 | | 自宅（　　　　　　　　）　携帯（　　　　　　　　） | | |
| 緊急連絡先 | 氏名（利用者との関係） | | | （　　　　） | |
| 電話番号 | 日中 | |  | |
| 休日・夜間 | |  | |
| 出産予定日  （出産日） | 年　　月　　日　（　□予定日　　□出産日　）  出産医療機関名（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 申請理由 | １　出産後の身体等の回復について不安があるため  ２　育児について不安があるため  ３　産後の休養、栄養面、生活面等での支援を希望するため  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 希望の医療機関 | 宿泊型 | | | | 訪問型 |
|  | | | |  |
| 希望利用期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 子の状況 | （ふりがな）  氏名 | （男・女）  （第　子） | 出生体重（　　　　　ｇ）  在 胎 （　　 　　週） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 退院(予定)日 　年 　月 　日 |

※乳児が複数の場合は乳児の氏名欄にその氏名を記載してください。

※生活保護世帯の方は申し出てください。