

## 小松市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 小松市長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) -

利用者との関係 本人・夫・その他 ( )

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
利用者	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
子	( )	令和	年 月 日 (第 子)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 小松市		
出産医療機関			
個人情報の確認に対する同意	利用料の決定に必要な範囲で、所得を確認することに	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
利用サービス内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型 ( <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 助産院 ) <input type="checkbox"/> 訪問型 ( 助産院 ) <input type="checkbox"/> 日帰りケア ( <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 助産院 )		
利用理由	<input type="checkbox"/> 家族等から産後の援助を受けられないため <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調があり、休養の必要があるため <input type="checkbox"/> 乳房手当、乳房トラブルケアを受けたいため <input type="checkbox"/> 育児等について、具体的な指導・助言を受けたいため		

## 市記入欄

産後ケア事業利用の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 理由 ( ) 確認日：令和 年 月 日 確認者 ( )
産後ケア内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型 ( 医療機関 助産院 ) <input type="checkbox"/> 訪問型 ( 助産院 ) <input type="checkbox"/> 日帰りケア ( 医療機関 助産院 )
実施機関	
費用徴収	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( 市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 )