

年 月 日

塩尻市宿泊型産後ケア事業利用申請書

（あて先）塩尻市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

— —

次のとおり塩尻市宿泊型産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請区分		1 新規	2 利用日数追加
利用者	住 所	(〒 —)	
	氏 名		
	子の氏名	(第 子)	
出産施設名			
退院・退所（予定）年月日		年 月 日	
利用（予定）期間		年 月 日 から	日間
利用を希望する 受託医療機関等		名称	
利用を希望する理由（困っていることや心配なこと等具体的に記入して下さい。）			
医師又は助産師の意見 1 事業利用の要否（要・不要） 2 事業が必要な理由（アからウまでのうち該当するものに○を付けてください。） ア 産褥 ^{じよく} 期の身体的な不調や回復の遅れがあり、休養が必要である。 イ 育児不安等による心理的な不安があり、心理的ケアが必要である。 ウ その他産後の経過に応じた健康管理、保健指導又は育児指導が必要である。 年 月 日 施設名 医師又は助産師名			

家族状況	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	備考
	本人		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
妊娠中の状況	妊娠中の経過（良好・問題あり（ ）） つわり（軽度・普通・重症・長引いた） 妊娠中毒症（有・無） 貧血（有・無） 切迫流産・早産（有・無） その他特記事項（ ） 就労状況 ※有職者のみ（業務内容変更・療養休暇取得・産前休暇取得・産後休暇取得）					
出産及び産後の状況	在胎 週 児の体重 g ・身長 cm 単胎・多胎 児の保育器収容（有 日間・無） その他児の治療（有・無） 分娩時間 時間 帝王切開（有・無） 産後の母の貧血（有・無） 母乳分泌（良好・不良） 児の栄養（母乳のみ・混合・ミルクのみ） 産後の母の心身の状況（良・不良 ）					

私が事業を利用するに当たり、塩尻市宿泊型産後ケア事業実施要綱第9条第2項に規定する利用者負担額を決定するため、私が属する世帯の住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳を閲覧すること並びに医療機関等へ利用申請書の写しを提供することに同意します。（氏名を自署する場合、押印を省略することができます。）

氏名

印