

様式第1号（第6条関係）

伊那市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（届出先）伊 那 市 長
（健康推進課）

申請者 住所
氏名
連絡先（電話）

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。なお、申請にあたり、世帯の課税状況や納付状況を確認することに同意します。

申請の種類 (該当を○で囲んでください。)		新規 ・ 継続		母子健康手帳交付番号	
産後ケアの種類 (利用する産後ケアに○をしてください。)		<input type="checkbox"/> 入所〈宿泊〉 <input type="checkbox"/> 日帰り〈デイケア〉 <input type="checkbox"/> 訪問			
利 用 者	住 所	(〒)			
	氏 名				
	子の氏名	(第 子)			
出産(予定)施設名					
出産(予定)年月日		年 月 日	退院(予定)日	年 月 日	
利用(予定)期間		年 月 日から 年 月 日の 日間			
産後ケア事業利用医療機関等名					
延長(予定)期間		年 月 日から 日間			
利用したい理由(番号や()内の当てはまるもの全てに○をしてください。) 1 休息目的(睡眠不足・育児に疲れてしまった・授乳が頻繁で休めない・上の子に手がかり休めない) 2 心配なことがある(授乳がうまくいかない・沐浴の仕方がわからない・児の体重の増えが少ない) 3 不安が多い(育児全体・母児同室できなかった・夜間の育児・児と2人きりの時の不安) 4 その他(体調のことや困っていること、心配なことなど具体的に記入してください)					
※申請受付年月日		年 月 日	※決定年月日		年 月 日
※補助金額区分		円			

- 注) 1 申請者氏名欄は、申請者が署名又は記名してください。
 2 生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「生活保護受給証明書」の写しを添付してください。
 3 転入された方は、前住所地の所得証明書(世帯全員分)を提出してください。
 4 ※印欄は、市担当者が記入しますので、記入しないでください。