

太宰府市長 殿

太宰府市産後ケア事業利用申請書

下記のとおり申請します。なお、申請に際して以下①～④のことに同意します。

- ① 世帯状況の確認及び利用者負担額に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。
- ② 産後ケア事業の利用に必要な情報を、太宰府市が委託事業者へ情報提供すること及び委託事業者が太宰府市に対し必要な個人情報を提供すること。
- ③ 産後ケア事業利用時、利用者負担額を事業者に対して支払うこと。
- ④ 予約日の前日17時以降にキャンセルした場合は、利用者負担額を事業者へ支払うこと。

申請者	氏名		利用者との続柄 本人・夫・その他()	
	連絡先(携帯)			
申 請 内 容				
フリガナ 利用者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日(歳)	
フリガナ 子 氏名 (多胎児は同欄に追記)		生年月日	年 月 日(か月)	
出生体重	g	栄 養	母乳・混合・ミルク 離乳食()回/日	
住 所 ※建物名・部屋番号まで			(訪問の場合)駐車場 有・無・コイン(P)有・無	
里帰り先住所 (福岡県内に限る)	里帰り先での利用希望の場合ご記入ください		(訪問の場合)駐車場 有・無・コイン(P)有・無	
連絡先(携帯)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	緊急時連絡先 ※本人以外	氏名	
			電話	
出産(予定)施設		出産予定日	妊娠中に申請される方はご記入ください	
妊娠中の経過や 出産時の状況				
利用希望施設		ケアの種類	通所型 ・ 訪問型	
希望するケアの内容(○でかこんでください) 乳房のケア・授乳の相談 育児手技(沐浴など)の指導 児の発育の相談 児の栄養(ミルク・離乳食など)の相談 母の体調の相談 育児全般の相談 その他 []			申請回数 ※合計3回まで 通所型: 回 訪問型: 回 希望利用時期	
※ 通所型希望の方 食物アレルギー 無・有()			()~()月ごろ	