

様式第3号（第6条関係）

かつらぎ町産後ケア事業（アウトリーチ型）利用申請書

年 月 日

（あて先）かつらぎ町長

申請者 住所 かつらぎ町
氏名
生年月日 年 月 日
連絡先

かつらぎ町産後ケア事業（アウトリーチ型）の利用に関して、下記のとおり申請します。また、この申請にあたり同意欄記載の事項に同意します。

乳児の状況	氏名		出生医療機関		
	出生日	年 月 日	退院日	年 月 日	出生 週
申請理由					
利用希望日	年 月 日() 時から 時まで				
希望のサービス内容 (○印を付けて下さい)	1 産後の母体管理（産後の体調等の相談、乳房ケア等） 2 赤ちゃんのケア（授乳・もく浴等の育児指導） 3 その他				
同意欄	・かつらぎ町と医療機関等の関係機関とが情報共有すること。				