

西尾市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

（宛先） 西 尾 市 長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 利用者との関係 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査にあたり、住民基本台帳による世帯状況を調査すること、世帯員の課税台帳を閲覧すること及び関係機関と必要な情報を共有することに同意します。

利用者 (産婦)	住所	〒 _____ 西尾市		
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
乳児	氏名	(男・女)	生年月日 (出産予定日)	年 月 日
出産(予定)施設名				
利用希望事業	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型			<input type="checkbox"/> 訪問型短時間産後ケア
利用希望期間				
利用希望施設				
申請理由 (該当する項目に○をつけてください)	1 出産後の身体的な不調や回復について不安がある。 2 出産後の精神的な不調がある。 3 産後の経過に応じた休養や栄養管理等、日常の生活面に不安がある。 4 育児方法について相談がしたい。 5 授乳について不安がある。 6 その他 ( )			

市処理欄

<input type="checkbox"/> 住基確認	<input type="checkbox"/> 課税確認 ( 一般 ・ 非課税 ・ 生保 )	<input type="checkbox"/> 希望施設 ( )
<input type="checkbox"/> プラン	<input type="checkbox"/> 医療機関確認	<input type="checkbox"/> 申請番号 ( )