

海老名市産後ケア事業（宿泊型・通所型）利用（変更）申請書兼依頼書

年 月 日

海老名市長

次のとおり海老名市産後ケア事業の利用を（新規・変更）申請します。

申請書	(フリガナ) 氏名		電話	自宅 () 携帯 ()
	住所	(〒 -) 海老名市		
	緊急連絡先	氏名 (母親との関係)	住所 電話	()

利用可能期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※退院日から産後5か月未満
--------	-----------------------------

利用者	(フリガナ) 母親の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	(フリガナ) 乳児の氏名	性別 男 女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日
	母子手帳番号			出生体重 g
	(フリガナ) 乳児の氏名	性別 男 女	出生順位 第 子	出生 (予定) 年月日 (月齢) (年 月 日)
	母子手帳番号			g
	(フリガナ) 乳児の氏名	性別 男 女	出生順位 第 子	出生 (予定) 年月日 (月齢) (年 月 日)
母子手帳番号			g	

(利用者除く) 世帯構成	氏名	性別	続柄	生年月日	職業
		男 女		年 月 日	
		男 女		年 月 日	
		男 女		年 月 日	

階層区分 () に○をしてください	() ①生活保護世帯 () ②市民税非課税世帯 () ③市民税課税世帯	※いずれも証明書（写し可）を添付
-----------------------	--	------------------

事業形態 希望するものに○ をしてください	() 宿 泊 型		
	() 通 所 型		
	実施施設名	第一希望	第二希望
支援内容 希望する番号に○ をしてください	1 身体的ケア及び生活面の助言 2 心理的ケア・助言 3 適切な授乳実施のためのケア、助言 4 育児手技の相談、助言 5 乳児の発育及び発達に関する相談 6 その他 ()		

※利用にあたっての希望は、母子の状況や実施施設の空き状況などにより希望に添えないこともあります。ご了承ください。

同意書

私は当申請に関し次の事項に同意します。

- この事業を利用するために、私の情報を支援を提供する実施施設に必要な範囲で提供すること。
- 支援を提供する実施施設から市に利用状況を報告すること。
- 利用時に利用者負担額を実施施設に現金で支払うこと。
- 医療行為は受けられないこと。
- 慢性疾患がなく、もしくは慢性疾患があり医療機関に通院中の場合は、主治医から本事業の利用の許可されていること。
- 海老名市が利用者及びその世帯の所得情報について確認をおこなうこと。

本人（母親） 氏名 _____
 代理人（続柄） 氏名 _____

