

年 月 日

高梁市長 様

申請者 住 所 高梁市
氏 名

（本人の自署による署名又は記名押印をしてください。）

（利用者との続柄： ）

高梁市産後ママ安心ケア事業利用申請書

下記のサービスを利用したいので、高梁市産後ママ安心ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。また、本事業を実施するにあたり必要となる情報を、委託医療機関等に提供し、施設管理規則を守ることに同意します。

記

利用希望施設			
利用サービス名		1 宿泊型ケア	
		2 日帰り型ケア	
		利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日	
		3 母乳・育児相談（日帰り型）	
		4 母乳・育児相談（アウトリーチ型）	
		利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日	
利 用 者	住 所	電話番号（ ）	
	ふりがな	生年	年 月 日
	母親氏名	月日	（満 歳）
	ふりがな	生年	年 月 日
	乳児氏名	月日	（生後 ヶ月）
利用希望理由		① 育児支援者の協力を得ることが難しい。 ② 育児について不安がある。 ③ 出産後の体調の回復に不安がある。 ④ その他具体的に（ ）	
利用者以外の 緊急連絡先	氏名	続柄： 電話（ ）	
	住所		