和木町長 様

申請者 住所
氏名
連絡先（電話）

次のとおり、産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住所		電話番号	
	産婦氏名		生年月日	年 月 日
	乳児氏名	男・女 (第 子)	生年月日	年 月 日
	男・女 (第 子)			
出産施設名				
利用（予定） 期間・日数	1. 宿泊型	1) 退院日より（退院日含む）（ 日間） 2) 年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	2. デイサービス型	1) 退院日より（退院日含まず）～ 年 月 日（ 日間） 2) 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）		
	3. アウトリーチ型	1) 退院日より（退院日含まず）～ 年 月 日（ 日間） 2) 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）		
利用希望 実施機関				
申請理由	☐ 産後の身体不調 ☐ 育児不安 ☐ 家庭環境上の問題 ☐ その他（ ）			
<p>【個人情報の提供に関する同意】</p> <p>産後ケア事業を利用するにあたり、必要な範囲内において個人及び家族等の情報を実施機関に提供することに同意します。また、健康状態等について、実施機関から和木町に情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名</p>				

受付者（ ）