様式第１号（第６条関係）

砺波市産後もママ安心事業利用申請書

年　　月　　日

砺波市長　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

電話番号

（利用者との関係　　　　　　　　）

砺波市産後もママ安心事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者  （母親） | 住所 | 砺波市  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳） | |
| 緊急時  連絡先 | （申請者との関係　　　　）  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 身体の  状況 | ・妊娠中　　□異常なし　□あり（　　　　　　　　　　）  ・出産後　　□異常なし　□あり（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出産施設 |  | | | | |
| 利用者  （子） | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 性別等 | 男　・　女　　　第　　子 | | | | |
| 出生体重 | ｇ | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | 職業・学校 | 備考 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 事業の種類 | □宿泊型　□通所型　　□訪問型 | | | | | |
| 申請理由 | □出産後の身体回復のため休養が必要　□育児について相談したい  □授乳について相談したい　　　　　　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用希望  回数 | 年　　月　　日　から  年　　月　　日　までの期間中　　　　　回 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※母子の状態 |  | | |
| ※受付年月日 | 年　　月　　日 | ※決定年月日 | 年　　月　　日 |
| ※負担区分 | 生活保護世帯（免除）・市民税非課税世帯（免除）・その他の世帯 | | |

備考　１　この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

　　　２　※印欄は、市で記入します