

北塩原村長 様

氏 名

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	母の氏名		母の 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	(〒) (電話)		
	児の氏名		児の 生年月日	令和 年 月 日
	出産 医療機関		妊娠週数	週
			出生体重	g

利用内容					
事業の種類 (希望する事業を○で囲んでください)	利用希望期間				利用を希望する助産所等
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア	(～	年	月	日)	
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア	(～	年	月	日)	
宿泊ケア・日帰りケア 訪問ケア	(～	年	月	日)	

利用する理由（具体的に記入してください）

(県助産師会等への情報提供等に関する同意)

申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報を県助産師会等に情報提供することに同意します。
また、産後ケアの利用状況について、県助産師会等から市町村へ情報提供することに同意します。

※以下の欄は市町村が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------