

紀の川市産後ケア事業【宿泊型】利用申請書

年 月 日

（宛先）紀の川市長

本事業の利用に関して、紀の川市が審査に必要な範囲で世帯状況等について調査および閲覧すること、また紀の川市と医療機関等の関係機関との情報共有することに同意のうえ下記のとおり申請します。

申請者 住 所

氏 名

生年月日

連絡先

乳児の状況	氏 名			出生医療機関			
	出生日			退院日	年 月 日	出生 週	
申請理由							
利用希望日	年 月 日 時から 年 月 日 時まで（泊 日）						
利用希望施設	第1希望「 」 第2希望「 」 ※施設の空き状況により、希望に添えない場合があります。						
希望のサービス内容 （○印を付けて下さい）	1 産後の母体管理（産後の体調等の相談、乳房ケア等） 2 赤ちゃんのケア（授乳・沐浴等の育児指導） 3 その他						

※注 申請年の1月2日以降に転入された方は、所得証明書又は非課税証明書が必要です。