第1号様式（第6条関係）

箱根町産後ケア事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

箱根町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　次のとおり箱根町産後ケア事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） |
|  | | （　　年　　月　　日　生） | | 出生体重 | g  （第　　子） |
| 出産施設 |  | | 退院日 | 年　　月　　日 |
| 利用希望種別 | □訪問型（助産師） | | | |
| □訪問型（専門家） | | | |
| 治療中の疾患等 | □無 | □有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無  内服薬　　□有（　　　　　　　　　　　　）　　□無  アレルギー□有（　　　　　　　　　　　　）　　□無 | | |
| □家族からの支援が受けられない  □体調不良（感染症罹患を除く）、育児不安がある  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申請理由 |  | | | |

情報提供に関する同意書

箱根町長　様

　箱根町産後ケア事業利用申請書に記載のある情報を委託事業者に情報提供することに同意します。また、本事業の利用状況等を町へ情報提供し、今後の母子保健活動に活用していくことに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　利用者