別記第１号様式（第６条関係）

砂川市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年　　月　　日

砂川市長　様

申請者　住　所　　砂川市

氏　名

（利用者との関係　　）
連絡先（TEL）

次のとおり、砂川市産後ケア事業の利用を申請します。

サービス種別	☐宿泊型Ａ　☐宿泊型Ｂ　☐通所型Ａ　☐通所型Ｂ　☐訪問型Ａ ☐訪問型Ｂ　初回・（　　回）　うち乳児加算（　　名）			
利用者	ふりがな 産婦の氏名		生年月日	年　　月　　日
	ふりがな 児の氏名	＊多胎の場合は別紙に記入して添付	生年月日	年　　月　　日
	住　所	＊申請者と同じ場合は記入不要 電話		
	緊急連絡先	氏名：　（続柄：　　）　電話		
出産医療機関又は助産所名				
出産日		退院（予定）日		
利用希望期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日（　泊）（　回）			
申請理由（具体的に記入してください。）	☐育児に不安があるため指導や相談を受けたい（授乳、沐浴など）。 ☐産後に心身の不調があるため休養したい。 ☐母乳分泌促進のための乳房ケアを受けたい。 ☐卒乳に向けての乳房ケアを受けたい。 ☐児の体重増加確認と授乳方法の指導を受けたい。 ☐家族の十分な支援が得られない。 ☐その他（　　）			
個人情報の提供に関する同意	**本事業の利用に当たり、砂川市が受託事業者に対し、必要な個人情報及び受託事業者が砂川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。** 申請者氏名			

（注）生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付してください。
証明する書類を提出しない場合は、利用に関する自己負担料金を徴収する場合があります。

以下担当者記入欄

受託先確認　☐　　利用票作成　☐　　生活保護受給証明書添付　☐