

国東市産後ケア事業利用申請書兼承認・不承認通知書

国東市長 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者 **国東 花子**

住 所 **国東市国東町○○○**

氏 名 **国東 花子** (続柄:本人)

TEL **○○○○ - ○○ - ○○○○**

記載例

赤線で囲んでいる部分
をご記入ください。

次のとおり、国東市産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 利用産婦 氏名	国東 花子 (印)	生年月日 (西暦)	○ ○ ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 ○ 歳
(ふりがな) 児 氏名	国東 咲子 (印)	出生日 (西暦)	○ ○ ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 第 ○ 子
住所	国東市 国東町○○○ ○○番地		
緊急時 連絡先	(ふりがな) 氏名	国東 太郎 (にきき たろう)	利用産婦 との続柄 夫 TEL ○○○○ - ○○ - ○○○○
	住所	(上記と異なる場合は記入)	
出産時の身長・体重	○○ cm	○○○○ g	在胎週数 ○○ 週 ○○ 日
出産した施設名			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 育児のことが心配 <input type="checkbox"/> 心身を休めたい <input checked="" type="checkbox"/> 授乳がうまくできない <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 協力者がいない		
希望するサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	希望日	○月○○日 <small>※宿泊型は、1泊2日を1回とする</small>
		利用施設	○○助産院 利用回数 ○ 回
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	希望日	
		利用施設	利用回数 ○ 回

令和 年 月 日

次のとおり、国東市産後ケア事業の利用について、承認・不承認 としましたので通知します。

国東市長 松井 督治 (印)

識別番号		
不承認理由		
利用内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用終了日(西暦)
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
	回数	回
	多胎児加算(追加人数)	人
利用施設	医療機関コード	
(利用者) 自己負担額	宿泊型	円 × 回
	デイサービス型	円 × 回

記載の必要はありません

受理者