杵築市産後ケア事業利用申請書兼承認・不承認通知書

<table>
<tr><td rowspan="2">申請書</td><td colspan="8">　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日</td></tr>
<tr><td colspan="8">杵築市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者
　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）
　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　－　　　　　－</td></tr>
</table>

次のとおり、杵築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		生年月日 （西暦）				年		月		日	歳
（ふりがな） 児 氏名		生年月日 （西暦）				年		月		日	第　子

住所	杵築市

緊急時 連絡先	（ふりがな） 氏名		利用産婦 との続柄		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	□ 育児のことが心配　　□ 授乳がうまくできない　　□ 協力者がいない □ 心身を休めたい　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

希望する サービス	□ 宿泊型	希望日	※宿泊型は、1泊2日を1回とする。		
		利用施設		利用回数	回
	□ デイサービス型	希望日			
		利用施設		利用回数	回

<table>
<tr><td rowspan="10">利用承認・不承認通知書</td><td colspan="10">　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日</td></tr>
<tr><td colspan="10">次のとおり、杵築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。
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　杵築市長　　　　　　　　　㊞</td></tr>
</table>

識別番号													

不承認理由	

利用内容	□ 宿泊型	利用開始日（西暦）			利用終了日（西暦）		
		年　　月　　日 ～			年　　月　　日		
		年　　月　　日 ～			年　　月　　日		
		多胎児加算（追加人数）　　人			利用回数		回
	□ デイサービス型	利用日（西暦）					
		年　　月　　日		年　　月　　日			
		年　　月　　日		年　　月　　日			
		年　　月　　日		年　　月　　日			
		年　　月　　日					
		多胎児加算（追加人数）　　人			利用回数		回

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

	受理者	