様式第2号（第5条関係）

産後ケア事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

出雲市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　　出雲市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり、産後ケア事業利用を申請します。

下記の情報等をルピナスネット出雲等を活用し利用する産後ケア施設に提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | * 上記（申請者）と同じ
 |
| 氏　名 | * 上記（申請者）と同じ
 |
| TEL | □上記（申請者）と同じ | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 出産日 | 年　　　月　　　日 |
| 派遣を希望する期間※出産日を基準とする | 期　間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（予定）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（最長　出産後1年以内） |
| 利用を希望する理　由　 | □産後の体調が優れない□授乳や子育てに不安がある□家族等から支援が受けられない□その他 |
| 希望するケア内容 | □産後の体調確認□母乳相談とケア□子育て相談（発育発達の確認等）□その他　 |
| 利用希望形態 | □訪問型　　□通所型　　□宿泊型　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯構成 | 　　　氏　 | 名 | 続柄 | 生年月日 | 職　　　業 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 備　　　考 |  |

様式第2号（第5条関係）

緊急時連絡先　第1：続柄（　　　）　　℡：

　　　　　　　第2：続柄（　　　）　　℡：

　**母について**

①アレルギーの有無　　　　　　有　　・　　無

何アレルギー ⇓

②服薬の有無　　　　　　　　　有　　　・　　無

　　薬の名前・疾患名　　　　　⇓

③その他気をつけるべきこと

**お子さんについて**

①栄養方法：　母乳　　混合　　ミルク

　　ミルク名：

　　1回の哺乳量：　　　　cc

②アレルギーの有無　　　　　　有　　・　　無

何アレルギー ⇓

③服薬の有無　　　　　　　　　有　　　・　　無

　　薬の名前・疾患名　　　　　⇓

③その他気をつけるべきこと