

厚木市産後ケア事業利用（変更）申請書

令和 年 月 日

（宛先）厚木市長

申請者 氏 名

住 所

電話番号

（利用者との関係： ）

次のとおり厚木市産後ケア事業の利用を（ 新規 ・ 変更 ）申請します。

母子健康手帳番号						
利用者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名	☐ 申請者と同じ				
	住 所	厚木市 ☐ 申請者と同じ				
		電話 () —				
子	フリガナ			出生 体重	g	
	氏 名	(第 子)				
	フリガナ			出生 体重	g	
	氏 名	(第 子)				
生年月日 または 出産予定日		年 月 日				
緊急 連絡先	フリガナ			利 用 者 との関係		
	氏 名					
	電話番号	() —				
サービスの種類		デイサービス(通所)型 最大7日	ショートステイ(宿泊)型 最大6泊7日	アウトリーチ(訪問)型 最大2回		
		() 日間	() 泊 () 日	() 回		
		() 泊 () 日	() 泊 () 日			
出産（予定）施設名						
申請理由		☐ 休息をとりたい				
該当する項目にレ点 をつけてください。		☐ 育児相談				
		☐ 母乳相談				
		☐ 精神的な不安がある				
		☐ 育児サポートが少ない				
		☐ その他 ()				
		具体的な症状、不安に思っていることなどを記入してください。				

※サービスの利用日数や種類等を変更する場合は、再度申請いただきます。

裏面の記入もお願いいたします。

