

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 (歳)
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	厚木市 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 休息をとりたい <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 母乳相談 <input type="checkbox"/> 精神的な不安がある <input type="checkbox"/> 育児サポートが少ない <input type="checkbox"/> その他 ()		
該当する項目にレ点をつけてください。		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。

令和5年9月1日

（宛先）厚木市長

申請者 氏名 **厚木 花子**
 住所 **厚木市中町1-4-1**
 電話番号 **090-1234-5678**
 （利用者との関係： **本人** ）

記入者と同じ場合は、フリガナのみ記入

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		23-1700			
利用者	フリガナ	アツギ ハナコ		生年月日	H5年 5月 5日 (30歳)
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	厚木市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話 () -	
子	フリガナ	アツギ タロウ		出生体重	2900 g
	氏名	厚木 太郎 (第1子)			
	フリガナ			出生体重	g
生年月日 または 出産予定日		月 日			
緊急 連絡先	フリガナ	アツギ ジロウ		利用者 との関係	夫
	氏名	厚木 次郎			
	電話番号	(090) 8765-4321			
サービスの種類		通所型：最大7日	宿泊型：最大6泊7日	訪問型：最大2回	
		(5) 日間	(2) 泊 (3) 日	(2) 回	
			(1) 泊 (2) 日		
出産（予定）施設名					
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 休息をとりたい <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 母乳相談 <input type="checkbox"/> 精神的な不安がある <input type="checkbox"/> 育児サポートが少ない <input type="checkbox"/> その他 ()			
該当する項目にレ点をつけてください。		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。			

必ず記入してください。
同居の方でなくても大丈夫です。

※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。

