令和　　　年　　月　　日

鷹栖町長　様

**鷹栖町産後ケア事業利用申込書**

次のとおり、鷹栖町産後ケア事業デイサービス型利用を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  申込者（利用者）氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 郵便番号：　　　　　　　　　　　電話番号：  住所：鷹栖町 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　電話番号： | | |
| （ふりがな）  乳児氏名 |  | 生年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 出生体重 | ｇ | 退院日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 出産医療機関 |  | かかりつけ  小児科医 |  |
| 利用希望期間 | □日帰り型　①　　　年　　　月　　　日（ 午前 ・ 午後 ・ １日 ）  ②　　　年　　　月　　　日（ 午前 ・ 午後 ・ １日 ）  　③　　　年　　　月　　　日（ 午前 ・ 午後 ・ １日 ）  　④　　　年　　　月　　　日（ 午前 ・ 午後 ・ １日 ） | | |
| 申込理由  【該当するもの  全てに印を付けてください】 | □休息のため  □相談したい、お話したい  □乳房トラブルや卒乳の相談とケアの希望があるため  □育児（授乳、沐浴、抱っこ等）について相談があるため  □子どもの発育・発達について相談があるため  □その他 | | |
| 既往歴など | (母）　　　　　　　　　　　　　　　　(児) | | |
| アレルギーの有無 | (母）　　　　　　　　　　　　　　　　(児) | | |
| 個人情報の提供等に関する同意書 | | | |
| 本事業の利用にあたり、鷹栖町が出産医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、鷹栖町が受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が鷹栖町に対して必要な個人情報を提供することに同意します。  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |