

第1号様式（第6条関係）

上越市産後ケア事業（宿泊型）実施申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

次のとおり上越市産後ケア事業（宿泊型）の実施を申請します。

希望する産後 ケアの種類 及び内容	宿泊型ケア			
	☐ 産後の身体の回復のための支援 ☐ 授乳の指導及び乳房のケア ☐ 出産及び育児に伴う産婦の精神的負担感を軽減する支援 ☐ 新生児及び乳児の発育状況に応じた育児指導 ☐ その他（ ）			
出産（予定）日	年 月 日（第 子）			
出産（予定） 医療機関等				
実施を希望 する理由	☐ 心身の不調により宿泊を伴うケアを必要とするため ☐ その他（ ）			
	※助産師又は保健師に確認したいことがありましたら、記入してください。			
同居している人	氏 名	利 用 者 との続柄	生 年 月 日	備 考
			年 月 日	緊急連絡先電話番号
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

（個人情報の取扱いに関する承諾欄）

- 上越市産後ケア事業（宿泊型）の利用の決定の審査及び利用期間の決定のため、こども家庭センターの職員が私と配偶者に係る次の公簿等を閲覧（確認）することを承諾します。
 - 課税状況
 - 出産日の確認
- 上越市が養育状況確認のために申請者に連絡をすること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、医療機関やこども家庭センターの職員が情報を共有することを承諾します。

年 月 日 氏名