

第1号様式（第5条関係）

上越市産後ケア事業実施申請書

令和 ○年 △月 □日

(宛先) 上越市長

943-****

申請者 住 所 **上越市木田 1-1-3**

氏 名 **上越 花子**

生年月日 昭和・平成 3 年 10 月 3 日

電話番号 **025-526-5111**

(署名の場合は押印不要)

次のとおり上越市産後ケア事業の実施を申請します。

希 望 す る 産 後 ケ ア の 種 類 及 び 内 容	☒ 訪問型ケア ☐ 来所型ケア			
	☒ 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に対する支援 ☒ 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	令和 7 年 4 月 20 日 （第 1 子）			
実 施 を 希 望 す る 理 由	☒ 心身の不調及び強い育児不安があるため ☐ その他（ ）			
	※助産師や保健師にお聞きしたいことがありましたら、記入してください。 〇〇助産師希望			
同居している人	氏 名	利 用 者 との続柄	生 年 月 日	備 考
	上越 太郎	夫	平成 2 年 8 月 25 日	090-****-**** 緊急連絡先電話番号
	上越 桜子	子	令和 7 年 4 月 20 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

産後ケア事業の実施に関する審査のため、こども家庭センターの職員が利用者及びその配偶者の市民税の課税状況を確認することを承諾します。

署名の場合は押印不要です。

氏名 上越 花子

(署名の場合は押印不要)

産後ケア事業の利用期間を決定するため、こども家庭センターの職員が出産日を確認することを承諾します。

署名の場合は押印不要です。

氏名 上越 花子

(署名の場合は押印不要)

※ここから下は、記入しないでください。

区 分	妊産婦	☐ 市民税課税	☐ 市民税非課税	☐ 生活保護世帯
	夫	☐ 市民税課税	☐ 市民税非課税	

※訪問型ケアをご希望の場合、原則訪問助産師は地区担当助産師とします。訪問助産師の希望がある場合は、「実施を希望する理由」欄に助産師名をご記入ください。