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						₸					
			申請者	住	所						
				氏	名						
				生年	月日	昭和	平成		年	月	日
				電話	番号						
								(署名の場合	は押印不要	₹)
次のとおり上越											
1	□訪問型	!ケア	□ 来所	「型ケ	<i>P</i>						
希望する産後	□産後の		-		援						
ケアの種類 及び内容											
	□ 田座及							人1反			
	□ その他	()
出産(予定)日	令和	年	月	日	(第	3	子)				
	□ 心身の	不調及	び強い育り	見不安	があ	るため					
	□ その他()	
実施を希望	※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。										
する理由											
			北川田	-t/.							
	氏	名	利用	白丨		年 月	日		備	考	
	10		との続	柄	生				7月	,	
			との統	柄	生年年	月	日	緊急連	7/用 三絡先電話番		
同居している人			との統	柄				緊急連			
同居している人			との統	柄	年	月	日	緊急連			
同居している人			と <i>の</i> 統	柄	年年	月月	日日	緊急連			
同居している人			との統分	柄	年 年 年	月月月月月月月月日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	日日日	緊急連			
同居している人産後ケア事業の		る審査の			年 年 年 年	月 月 月 月	日 日 日 日		2絡先電話番	당	の配
	実施に関す)ため、こ	こども	年年年年	月 月 月 月 月 日	日 日 日 日 日 日 一 の職		2絡先電話番	당	の配
産後ケア事業の	実施に関す)ため、こ	こども	年年年年	月 月 月 月 月 日	日 日 日 日	員が利	利用者及	_号	
産後ケア事業の 関者の市民税の課	実施に関する	認するこ)ため、こ ことを承諾	ごども	年年年年家庭	月 月 月 月 月 上 フンタ・	日 日 日 日 一 の職 氏名	員が利	国絡先電話番 利用者 // 署名の場合	号 全びそ	Ę)
産後ケア事業の関者の市民税の課産後ケア事業の	実施に関する税状況を確認	認するこ)ため、こ ことを承諾	ごども	年年年年家庭	月 月 月 月 月 上 フンタ・	日 日 日 日 一 の職 氏名	員が利	国絡先電話番 利用者 // 署名の場合	号 全びそ	Ę)
産後ケア事業の 関者の市民税の課	実施に関する税状況を確認	認するこ)ため、こ ことを承諾	ごども	年年年年家庭	月 月 月 月 月 マンタ・ エンタ・	日 日 日 日 一 の職 氏名	員が利	国絡先電話番 利用者 // 署名の場合	号 全びそ	Ę)
産後ケア事業の 関者の市民税の課	実施に関する税状況を確認	認するこ)ため、こ ことを承諾	ごども	年年年年家庭	月 月 月 月 月 マンタ・ エンタ・	日 日 日 日 一の職 そ名	員が和	国絡先電話番 利用者 // 署名の場合	みびそ は押印不要を確認	<u></u> する
産後ケア事業の 関者の市民税の課 産後ケア事業の ことを承諾します。 ※ここから下は	実施に関する税状況を確認利用期間を込まれている。	認するこ 決定する ハでくた	つため、こ ことを承諾 るため、こ	さま ども	年年年年家す。家庭十	月 月 月 月 月 マンタ・ 上 マンタ・	日 日 日 日 日 の職 毛名 一の職	員がお	到用者が 署名の場合。 署名の場合。	支びそな押印不要は押印不要	<u></u> する
産後ケア事業の関者の市民税の課金後ケア事業のことを承諾します。	実施に関する税状況を確認利用期間を	認するこ 決定する ハでくた	つため、こ ことを承諾 るため、こ	ごども	年年年年家す。家庭十	月 月 月 月 月 マンタ・ 上 マンタ・	日 日 日 日 日 の職 毛名 一の職	員がお	到用者 別用者 署名の場合 出産日 を	支びそな押印不要は押印不要	<u></u> する

※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。