

沼田市長 様

申請者 住所 沼田市下之町 8 8 8 番地
氏名 沼田 花子
電話 0278（23）2111
利用者との関係（本人）

沼田市産後ケア事業利用申請書

沼田市産後ケア事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。
なお、申請につき住民基本台帳による世帯状況等を調査すること及び利用後に
実施医療機関が事業実施報告書を提出することに同意します。
下記※印の欄は、申請者と同じ場合は記入不要です。

利用者氏名※		生年月日	平成〇年〇月〇日 (〇〇歳)
住所※		電話番号※	()
緊急連絡先 (利用者との関係)	沼田 太郎 (夫)	電話番号	0 2 7 8 (2 3) 2 1 1 1
子の氏名	沼田 沼子 男・ 女 (第 1 子)	生年月日	令和〇年〇月〇日 (生後〇か月〇日)
出産医療機関	〇〇〇〇 病院		
利用種別・期間	■ 宿泊型 年 ☐ 通所型 年 ☐ 訪問型 年 対象期間が宿泊型・通所型は生後 4 か月未満、 訪問型は生後 1 年未満であるため、その期間を 記載してください。空欄でも構いません。 利用希望日は口頭でお伝えください。		
利用希望医療機関	利根中央病院 横田マタニティーホスピタル 群馬県立小児医療センター 群馬大学医学部附属病院 ※左記のいずれかを記載		
アレルギーの有無	有 (種類： 〇〇〇〇) ・ 無		
申請理由	① 産後の身体機能の回復に不安がある ② 育児に対する不安が強い 3 その他 ()		
* 市町村記入欄	世帯区分： ☐ 生活保護世帯 ☐ 左記以外の世帯		