

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住所
氏名
電話 ()
利用者との関係 ()

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	年 月 日 (歳)
住所※		電話番号※	()
緊急連絡先 (利用者との関係)	()	電話番号	()
子の氏名	男・女 (第 子)	生年月日	年 月 日 (生後 か月 日)
出産医療機関			
利用種別・期間	☐ 宿泊型 年 月 日～ 年 月 日 (日間) ☐ 通所型 年 月 日～ 年 月 日 (日間) ☐ 訪問型 年 月 日～ 年 月 日 (日間) ※利用上限：10 日間以内		
利用希望医療機関			
アレルギーの有無	有 (種類：) ・ 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		