

佐世保市産後ケア事業利用申請書兼承認・不承認通知書

年 月 日

受託機関等名

様

申請者(利用産婦)氏名

生年月日

年

月

日

住所 佐世保市

電話番号

次のとおり、佐世保市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望日	年 月 日		
申請の種類・時間 ※利用時間数や利用時間など、記入漏れがないようご注意ください。	<input type="checkbox"/> 訪問ケア (利用時間数) 1・2 時間以内 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> デイケア (利用時間数) 1・2・3・4・5・6・7 時間以内 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (1泊2日) 20時間まで 母のみ利用・母と子で利用 <input type="radio"/> 1回目 <input type="radio"/> 2回目 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (2泊3日) 44時間まで 母のみ利用・母と子で利用		
申請者以外の緊急連絡先	氏名	電話番号	
子の氏名		出産医療機関	
出生体重	g (第 子)	出産日	年 月 日
子のかかりつけ医			
申請理由 (具体的に記入してください。)	多胎児 の場合	双子 三つ子 四つ子 ( )	
		子の氏名	出生体重

申請書 ※この欄は必ず申請者本人がご記入ください。

年 月 日

次のとおり、佐世保市産後ケア事業の利用について 承認・不承認 としましたので通知します。

申請者氏名			
不承認理由			
利用日	年 月 日		
利用の内容・時間 ※利用時間数や利用時間など、記入漏れがないようご注意ください。	<input type="checkbox"/> 訪問ケア (利用時間数) 1・2 時間以内 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> デイケア (利用時間数) 1・2・3・4・5・6・7 時間以内 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (1泊2日) 20時間まで 母のみ利用・母と子で利用 <input type="radio"/> 1回目 <input type="radio"/> 2回目 利用時間 時 分～ 時 分		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (2泊3日) 44時間まで 母のみ利用・母と子で利用		
	<input type="checkbox"/> 多胎児	支援人数 名	
利用料受領印	実施内容(具体的に記入してください。)	受託機関等名	

利用承認・不承認通知書(受託機関記入欄)

印

※ 利用期間は産後退院してから出産1年未満。ただし、実施機関で異なります。食事代は利用者の実費負担で別に支払いが必要になります。

※ 訪問ケア、デイケアは通算4回まで無料。ショートステイは1泊2日を2回または2泊3日を1回利用可能です。

※ 利用時間数や利用時間等、記載漏れがないようにご記入ください。(申請者の記入欄は必ず申請者本人がご記入ください。)