様式第４号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長洲町長

産後ケア事業実施依頼書

　次の者について、長洲町産後ケア事業実施要綱第８条第１項の規定により産後ケア事業の利用を承認したので、同条第２項の規定により本事業の実施を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  利用者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  　　　　　　（　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　） | | |
| ふりがな  子の氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 出産医療機関 |  | 出生時の体重 | ｇ |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　利用者との続柄（　　　　　）  住所  電話番号（　　　　　　　　　　） | | |
| 希望する実施方法  及び利用施設等 | □宿泊型  　　≪希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≫  □通所型  ≪希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≫  □通所型（公共施設における集団実施）  □訪問型  　　≪訪問先：自宅、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）≫  ※利用希望日については、裏面に記入してください。 | | |
| 申請理由 |  | | |
| 希望する指導内容 | □母親の身体的ケア、保健指導及び栄養指導　　　□母親の心理的ケア  □授乳指導　　　□乳房ケア　　　□子どもの発育・発達に関する相談  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 世帯の区分 | □住民税課税世帯　　　　□生活保護世帯　　　　□住民税非課税世帯 | | |
| 連絡事項 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用  回数 | 利　用　区　分 | 希　　望　　日  ※宿泊の場合、宿泊日 | 利　　用　　日  ≪※長洲町で記入≫ |
| １ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ２ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ３ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ４ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ５ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ６ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ７ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ８ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| ９ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| １０ | □宿泊型　　□通所型（集団）  □通所型　　□訪問型 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |