様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

下関市産後ママとベビーのためのケア事業申請書

（宛先）下関市長

（申請者）　住　所　下関市
氏　名
電話番号

下関市産後ママとベビーのためのケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請の種類	□新規利用　　□その他（（　　）回目の申請）		
（ふりがな） 利用者氏名		生年月日	年　月　日 （　　歳）
（ふりがな） 子の氏名 （多胎児の場合は併記）	（男・女）	生年月日	年　月　日 （第　　子）
利用者住所	□申請者と同じ 下関市		
出産（予定）日	年　月　日	退院（予定）日	年　月　日
出産医療機関		希望種別	□訪問型　□日帰り型 □宿泊型
出生状況	出生体重　（　　g）　第（　　）子 出生時の異常（無・有）（有の場合：　　）		
利用希望期間	□訪問型	年　月　日（　時　分～　時　分）	
	□日帰り型	年　月　日（　時　分～　時　分）	
	□宿泊型	年　月　日～　年　月　日 （　泊　日）	
利用希望医療機関・助産所	１．　　２． ３．		
申請理由	１　体調不良がある ２　育児に不安がある ３　その他 （　　） ※具体的に記入してください		
同意欄	□本事業の実施に必要な情報を市が利用医療機関・助産所に提供すること及び、利用医療機関・助産所が市に対して個人情報を提供することについて同意します。 □利用者の住民基本台帳に関する情報について市が調査することに同意します。		

※この申請書を提出する際は、母子健康手帳を持参してください。
住民基本台帳に関する情報について市が調査することに同意しない場合は、本事業を利用する日において市内に住所を有することを確認できる書類（住民票等）の提出が必要です。

【市記入欄】

受付年月日	年　月　日	受付担当者	
決定年月日	年　月　日	決定受託機関	□連絡済