

| |
|------|
| 承認番号 |
|------|

府中市長

年 月 日

府中市産後ケア事業利用登録申請書

府中市産後ケア事業（ショートステイ・デイサービス）の申請理由に該当しますので、次のとおり当該事業の利用登録を申請します。

| | | | |
|--|--|-----------|------------|
| 申請理由：出産後に家族などから家事・育児などの援助が受けられず、育児や授乳に不安がある。 | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 申請者氏名 (利用者 母) | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日（ か月） |
| 子の氏名 (産後の場合) | | | |
| 住所 | 〒 — 府中市 | | |
| 電話番号 | — — | | |
| 緊急連絡先 (利用者以外) | 氏名 | (申請者との続柄) | |
| | 電話番号 | — — | |
| 出産（予定）日 | 年 月 日 | | |
| 出産（予定）病院 | | | |
| 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯 | | |

届出者（申請者と同じ場合、記入は不要）

(氏名) _____ (申請者との続柄) _____

(住所) 府中市 _____

(電話番号) — — _____

※ 市処理欄（記入しないでください。）

| | |
|-----|---|
| 受付印 | 【世帯区分】 <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯 |
|-----|---|

(裏面へ)

第1号様式（裏）

以下の質問の該当部分についてご記入ください

1 利用希望の母子以外の同居の家族

父 才 兄・姉 才 才 才 才 その他（ 才 ）

2 育児の支援について

居住地：母方実家（ ） 父方実家（ ）

援助ができない理由（ ）

3 母の不安について（ ）

4 申請時の母子の状況（次のものに該当するときにはご記入ください。）

| | 母 | 子 |
|------------------------|----------------|----------------|
| 現在治療している病気又は今までにかかった病気 | 病名： 時期： | 病名： 時期： |
| 内服している薬 | 薬剤名 | 薬剤名 |
| アレルギー | 卵・小麦 その他（ ） | 卵・小麦 その他（ ） |

5 産後の方へ

(1) 妊娠中の異常 なし あり【 】

(2) 出産時の状況

母 異常なし その他【 】

子 異常なし その他【 】

(子の出産体重： g 在胎週数： 週)

6 その他、伝えておきたいこと

この事業を利用するに当たり、次の事項について同意します。

- ・この事業を利用するため、府中市から委託事業者に必要な範囲で必要な情報を提供すること。
- ・事業を提供する施設から府中市に利用状況を報告すること。
- ・公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査すること。

署名（申請者）_____

署名（続柄： ）_____ 【夫（未入籍も含む）】

署名（続柄： ）_____

※署名欄が不足する場合は欄外に書き足してください。