

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

佐久市産後ケア事業利用申請書

（申請先）佐久市長

（申請者） ー

住 所 佐久市

氏 名

電話番号

次のとおり佐久市産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	母の氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名		生年月日	年 月 日

利用する理由

（該当するもの全ての番号に○をしてください。）

- 1 出産後の身体的な不調や回復の遅れがある。
- 2 授乳等が困難であり、乳房のケアを受けたい。
- 3 産婦健康診査を実施した病院、助産所等で身体的ケアが必要と勧められた。
- 4 産婦健康診査を実施した病院、助産所等で心理的ケアが必要と勧められた。
- 5 出産後の心理的な不調があり、身近に相談できる人がいない。
- 6 出産後の健康管理について保健指導を受けたい。
- 7 育児に対し不安があり、保健指導（育児指導）を受けたい。
- 8 家族等からの十分な育児、家事等の支援が受けられない。
- 9 その他（具体的に記入してください。）