|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）  住　所 | | 〒　　－ | | |
|  |  |  |  | |  | 氏　名 | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | 電話番号 | |  |  |  |
| 次のとおり佐久市産後ケア事業（アウトリーチ型）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。） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 以下　市記入欄 | |  |  | |  |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住民税非課税世帯 （　 年　月　 日 確認） | 該当　・　非該当 |
| 生活保護受給世帯（　 年　月　 日 確認） | 該当　・　非該当 |