様式第１号

年　　月　　日

横浜町産後ケア事業利用申請書

横浜町長

次のとおり、横浜町産後ケア事業の利用申請をいたします。

利用者氏名（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日
住所	〒 横浜町字		
電話番号	携帯電話： 自宅電話：		
子の氏名（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日
相談・指導希望内容 （番号を○で囲ってください。複数選択可）	１．家族等から十分な支援が得られない ２．産後の疲れが取れない ３．産後の気持ちの落ち込みや不安がある ４．授乳指導、乳房ケア等 ５．育児相談（具体的内容：　　） ６．子の発育・発達相談 ７．その他（具体的内容：　　）		
同　意　書	①当該事業に必要な情報を横浜町から委託事業者に提供すること。 ②利用の結果については、委託事業者から横浜町に同意すること。 ③居住地および世帯構成確認のため、横浜町の職員が住民基本台帳を閲覧すること。 上記①～③について同意します。 年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿		

※横浜町記入欄

決定年月日	年　　月　　日	利用決定の可否	可　・　否
委託先への連絡	年　　月　　日	１回目実施予定日	年　　月　　日
利用回数	①　　②　　③　　④　　⑤		
備考			