

北九州市産後ケア事業登録利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北九州市長

北九州市産後ケア事業の利用について、下記のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生年月日		昭和・平成	
	氏名				年	月
	申請の種類 (どちらかに ☑)	<input type="checkbox"/> 初回登録 <input type="checkbox"/> 登録済み	母子健康手帳番号		(歳)	
	住所	(〒 -) 北九州市 区				
	連絡先					
	ふりがな		性別	生年月日	出生体重	
	子の氏名		男・女	令和 年 月 日	g	
	子の氏名 (多胎の場合)		男・女	令和 年 月 日	g	
出産(予定日)	年 月 日	退院(予定)日		年 月 日		
出産(予定)医療機関						
申請理由 該当するものに☑	①家族から十分な家事、育児の援助が受けられない。 具体的な状況 <input type="checkbox"/> (ア) 家族が遠方である <input type="checkbox"/> (イ) 家族が仕事などで忙しく援助が難しい <input type="checkbox"/> (ウ) その他 ()					
	②申請者の状況についてご記入ください。(具体的な状況の例は裏面をご覧ください) <input type="checkbox"/> (ア) 産後に心身の不調がある。 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> (イ) 育児不安がある。 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> (ウ) その他(具体的にご記入ください) ()					
緊急連絡先 (里帰り先)	ふりがな					
	氏名	続柄 ()				
	住所	電話番号 ()				
〈同意書〉 私は北九州市産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。 1 要件審査のために住民基本台帳等による調査を行うこと。 2 市が養育状況確認のために申請者に連絡すること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、市が産後ケア事業者等と情報を共有すること。						
申請者(利用者)氏名 _____						

