様式第１号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

和気町長　　　　　　　様

和気町産後ママあんしんケア事業利用申請書

次のとおり、産後ママあんしんケア事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名  （乳児の母） |  | 乳児の母の生年月日 | 昭和  年　　月　　日  平成 |
| 住所 | （〒709－0　　　）  和気町 | | |
| 電話番号 | 自宅：  携帯： | 緊急連絡先  （母と連絡が取れない時） | 氏名：  申請者との続柄：  電話番号： |
| 子の |  | 出生体重 | ｇ |
| 出産（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 | 退院（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 出産医療機関 |  | かかりつけ医  連絡先 | （出産医療機関電話番号） |
| 利用希望  期間 | 令和　　　年　　月　　日　～　令和　　　年　　月　　日  （　申　請　日　）　　　　　　（出生日より12ヵ月） | | |

＊入院期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

町使用欄