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