

下諏訪町産後ケア事業（宿泊型・通所型・訪問型）利用申請書
下諏訪町長 様

次のとおり下諏訪町産後ケア事業を利用したいので申請します。

申 請 区 分		1 宿泊型 2 通所型 3 訪問型
申請者 (利用者)	氏 名	
	住 所	〒 ー 下諏訪町
	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号	
	出産（予定）日	年 月 日
子 の 氏 名		
出 産 施 設 名		
退院（予定）年月日		年 月 日
利用を希望する受託医療機関等		
利用を希望する期間	宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
	通所型・訪問型	年 月 日 年 月 日 年 月 日
利用を希望する内容	1 産後における母体の管理及び生活の指導 2 母乳に関する相談及び授乳の指導 3 育児に関する指導及び育児サポート 4 心理的ケア及びカウンセリング 5 療養上の世話 6 その他の保健指導（内容)	

住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳の閲覧に係る同意書

私が事業を利用するにあたり、下諏訪町産後ケア事業実施要綱第 10 条第 2 項に規定する利用者負担額を決定するため、私が属する世帯の住民基本台帳及び保護台帳又は課税台帳を閲覧すること並びに医療機関等へ利用申請書の写しを提供することに同意します。

氏名