

第 号
年 月 日

産後ケア事業利用申請書

(宛先)茅野市長

申請者 住所

氏名

連絡先（電話）

茅野市産後ケア事業の利用を下記のとおり申請します。

記

利用者	氏 名		生年月日	年 月 日
	(子の氏名)			
	住 所		電 話	
出産(予定)日	年 月 日			
出産(予定)施設				
利用(予定)施設				
利用区分 及び利用日 (日数)	☐ 宿泊型	利 用 日	年 月 日 ～ 年 月 日 (日)	
	☐ 1 日通所型		年 月 日	
	☐ 訪問型		年 月 日	
	☐ 短時間通所型			
申請する理由				

産後ケア事業の利用に当たり市や関係機関が把握した情報について、必要に応じて相互に確認及び共有することに同意します。

署名