

品川区産後ケア事業(日帰り)利用申請書

次のとおり、産後ケア事業(日帰り)の利用を申請します。

なお、申請につき品川区が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。

フリガナ 申請者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住所	品川区		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡先氏名		緊急連絡先	
フリガナ 子の氏名		出生体重	g
子の生年月日	年 月 日 男女	出産医療機関	
出産回数	回目		
生後2週間児健診または1か月児健診受診日(予定日)	平成 年 月 日		
子のかかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有(医療機関名) <input type="checkbox"/> 無		
すくすく赤ちゃん訪問	<input type="checkbox"/> 申込済(訪問日決まっている場合: 月 日) <input type="checkbox"/> 未申込		
産後ケア利用希望日	平成 年 月 日		
世帯区分 (該当する□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯		
申請理由 (該当する□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 授乳や育児に不安がある <input type="checkbox"/> 家族などの支援が得にくい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) { }		
産後ケアで希望すること (希望する項目に○をつけてください)	♡産後の母体のケア ♡赤ちゃんの発育・発達について ♡赤ちゃんのケア ♡育児について ♡授乳について ♡休養の取り方 ♡その他 具体的にお書きください。 ()		