

苦小牧市産前・産後サポート事業「プレママ・ママの安心訪問事業」申請書

苦小牧市長 様

私は下記のとおり、苦小牧市プレママ・ママの安心訪問事業の訪問を申請します。

※太枠の中を記入してください

利用者 (母)	母子手帳番号				
	フリガナ氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	苦小牧市			第 子
	電話番号			緊急連絡先	()
	出産予定日	令和 年 月 日	出産予定病院		
子	フリガナ氏名	(男 ・ 女)			
	生年月日	令和 年 月 日	出産病院		
申請理由	出産前後、身近に相談者がいない。				
	悩みや不安を聞いてほしい。				
	その他 () ※その他の理由を具体的に記入してください				
※あてはまるものに○をつけて下さい					
<同意欄>					
①申請内容に虚偽があった場合は、苦小牧市プレママ・ママの安心訪問事業を利用することはできません。 ②利用日の調整は、市とアドバイザーが直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。 ③苦小牧市事業利用に必要な情報をアドバイザーへ提供する場合があります。 ④利用の結果については、アドバイザーから報告されます。 ⑤利用可能期間や回数を超えて利用することはできません。 ⑥原則、利用証を提示せず事業を利用することはできません。					
上記に同意の上署名します。					
令和 年 月 日		利用者氏名			
		申請者氏名			
		(続柄 :)			

※苦小牧市記入欄

受付年月日	令和 年 月 日	受付担当者		ケアプラン チェック	プレ	ママ			
出生確認方法	・窓口来所日 (/) ・電話確認日 (/) ・その他 ()								
現在の状況等									
令和 年 月 日 決 裁	上記申請により利用承認としてよろしいか。 利用可能期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ※妊娠期より利用の場合、児の1歳の誕生日の前日までとする。								
	課長	主幹	副主幹	主査	担当	利用証発行日	送付日	入力 システム	リスト
						/	/		