様式1

# 苫小牧市産前・産後サポート事業「プレママ・ママの安心訪問事業」申請書

苫小牧市長　様

私は下記のとおり、苫小牧市プレママ・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 | 苫小牧市 | | | 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<br>※あてはまるものに〇をつけて下さい | | 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（　）<br>※その他の理由を具体的に記入してください | | | |

＜同意欄＞

①申請内容に虚偽があった場合は、苫小牧市プレママ・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。場合よっては希望に添えないこともあります。
③苫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：　）

※苫小牧市記入欄

| 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<br>決　裁 | 上記申請により利用承認としてよろしいか。<br>利用可能期間　令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで<br>※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 | 副主幹 | 主査 | 担当 | | 利用証発行日 | 送付日 | 入力 システム | 入力 リスト |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ／ | ／ | | |