産後ケアチケット交付申請書
（産後ケア事業助産師等相談型）

高島市長

高島市産後ケアチケットの交付を下記のとおり申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	電話		
	出産日	年 月 日	出産医療機関	
	(ふりがな) 乳児氏名	男・女（第 子）	出生体重	g (在胎 週)
利用を希望する理由	(1) 身体的な負担、不安がある (2) 精神的な負担、不安がある (3) 育児について悩みがある (4) 日常生活について不安がある (5) その他 ()			
必要枚数 (上限7枚まで)	枚			
利用希望機関	(1) 高島市民病院 (2) 浮田クリニック (3) 松島産婦人科医院 (4) 薬師川母乳育児相談室 (5) 出張専門助産院まんま (6) 伊丹助産院 (7) 助産院 more. (8) いまえだ助産院			
①高島市産後ケア事業の利用に必要な情報を事業者を提供することおよび利用時の状況について事業者が市に情報提供することに同意します。 ②母子のいずれかが感染性疾患（麻疹、風疹、インフルエンザ等）に罹患している場合は、利用できないことに同意します。 ③産後ケア事業利用の上限回数（7回まで）を超えて利用された場合は、自己負担をすることに同意します。				
年 月 日		申請者氏名		Ⓜ

本人が署名する場合は押印不要