

北九州市産後ケア事業登録利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北九州市長

北九州市産後ケア事業の利用について、下記のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生年月日	昭和・平成	
	氏名			年 月 日 (歳)	
	申請の種類 (どちらかに ☑)	<input type="checkbox"/> 初回登録 <input type="checkbox"/> 登録済み	母子健康手帳番号	—	
	住所	(〒 -) 北九州市 区			
	連絡先 (電話番号)				
	ふりがな	性別	生年月日	出生体重	
	子の氏名	男・女	令和 年 月 日	g	
	子の氏名 (多胎の場合)	男・女	令和 年 月 日	g	
出産(予定日)	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日		
出産(予定)医療機関					
緊急連絡先 (里帰り先)	ふりがな				
	氏名	続柄 ()			
	住所				
	連絡先(電話番号)				
〈同意書〉 私は北九州市産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。 1 要件審査のために住民基本台帳等による調査を行うこと。 2 市が養育状況確認のために申請者に連絡すること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、市が産後ケア事業者等と情報を共有すること。					
申請者(利用者)氏名 _____					

*下記については、施設と利用日を打ち合わせてご記入ください。

産後ケア利用機関名	名称	
	住所 (〒) 	電話番号 ()
実施内容	利用予定日	備考
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	
宿泊型 ・ 通所型 ・ 通所型 (短時間) ・ 居宅訪問型	年 月 日 ()	

審査結果

産後ケア事業の利用について <input type="checkbox"/> 承認 ・ <input type="checkbox"/> 不承認 (理由:)
--

子育て支援課受付印

北九州市子ども家庭局子育て支援課
担当
TEL093-582-2410