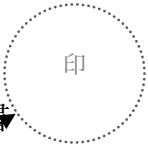


# 記入例

第1号様式（第6条第1項関係）

## 横須賀市産後ケア事業利用申請書



2020年 4月 1日

(あて先) 横須賀市長

申請者 氏名 おがわ 花子 印

郵便番号 〒238-8550

住所 横須賀市小川町11番地  
〇〇マンション1号室

電話 046-824-7141

生年月日 S〇年7月22日(〇歳)

**印鑑は3ヵ所押す場所があります**

乳児の状況	乳児氏名	おがわ 太郎	出生した医療機関	横須賀〇〇病院
	出生日	2020年 4月 1日 (第1子)		
	退院(予定)日	2020年 4月 5日		
	出生週数	38 週 0 日	出生体重	3000 g

申請理由 母の体のケア 母の休養 授乳相談 育児相談 赤ちゃんのケア  
その他 ( )

利用日等	利用(予定日)	種別
	2020年 4月 5日～ 2020年 4月 7日	訪問・デイ・ナイト・ショート (2泊3日)
	2020年 7月 7日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート (10時～)
	2020年 7月10日～ 2020年 7月11日	訪問・デイ・ナイト・ショート (1泊2日)
	2020年 8月 5日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート ( )

希望施設等  横須賀市立市民病院  かもめ助産院  オハナハウス  訪問型

緊急連絡先 氏名 おがわ 一郎 (続柄 夫) 電話番号 000-0000-0000

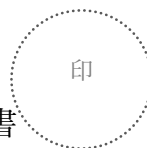
横須賀市産後ケア事業の利用決定に必要な市税等に関する情報を調査することについて承諾します。

2020年 〇月 △日

氏名 小川 花子 印

事務処理欄	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯
	決定施設	<input type="checkbox"/> 横須賀市立市民病院	<input type="checkbox"/> かもめ助産院	<input type="checkbox"/> オハナハウス
	訪問者	<input type="checkbox"/> かもめ助産院	<input type="checkbox"/>	

横須賀市産後ケア事業利用申請書



←本文中に間違いがあった場合の修正に使用するため、印をお願いします

年 月 日

(あて先) 横須賀市長 申請者 <sup>かり</sup>氏 <sup>がな</sup>名 ①

郵便番号 〒 住所 横須賀市

電話 生年月日 年 月 日( 歳)

乳児の状況	乳児氏名 <sup>かり</sup> <sup>がな</sup>	出生した医療機関	
	出生日	年 月 日	(第 子)
	退院(予定)日	年 月 日	
	出生週数	週 日	出生体重 g

申請理由 母の体のケア 母の休養 授乳相談 育児相談 赤ちゃんのケア  
その他 ( )

利用日等	利用(予定日)	種別
	年 月 日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート ( )
	年 月 日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート ( )
	年 月 日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート ( )
	年 月 日～ 年 月 日	訪問・デイ・ナイト・ショート ( )

希望施設等  横須賀市立市民病院  かもめ助産院  オハナハウス  訪問型

緊急連絡先 <sup>り</sup> <sup>が</sup> <sup>な</sup>氏 (続柄 ) 電話番号

横須賀市産後ケア事業の利用決定に必要な市税等に関する情報を調査することについて承諾します。

年 月 日

氏名 ①

事務処理欄	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯
	決定施設	<input type="checkbox"/> 横須賀市立市民病院	<input type="checkbox"/> かもめ助産院	<input type="checkbox"/> オハナハウス
	訪問者	<input type="checkbox"/> かもめ助産院	<input type="checkbox"/>	

