

上郡町産後ケア事業 利用券

上郡町長

発行番号		発行日		年 月 日	
利用者	ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 _____ 電話 _____ ※里帰り先住所： 緊急連絡先氏名 _____ 申請者との関係 _____ 電話 _____			
	出産医療 機関	出産日	□ 帝王切開 年 月 日 (在胎 週)		
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重 g
	多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重 g
	兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	生年 月日 年 月 日 ( 歳)

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
承認サービス	□ 宿泊型 □ 利用日数のみ	利用上限 _____ ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間：産後1年以内 _____ 年 月 日 まで	
		月 日 ~ 月 日 (泊 日)	住所 _____ 電話番号 _____
	□ 実施機関の予約		
□ 通所型・訪問型	□ 利用時間数のみ	利用上限 _____ ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間：産後1年以内 _____ 年 月 日 まで	
		月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 _____ 電話番号 _____
	□ 通所型 実施機関の予約		
	□ 訪問型 実施機関の予約	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 _____ 電話番号 _____
内容	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 母の栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達発育チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

	宿泊型	通所型	訪問型
自己負担額	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	1日あたりの負担額(①②) 計 _____ 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 _____ 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 _____ 円

