

# 記入例

第1号様式(第6条関係)

## 大府市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市江端町4丁目2番地 大府市保健センター  
氏 名 必ず申請者は母の氏名  
電話番号 0562-47-8000

大府市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり大府市産後ケア事業の利用を申請します。

### 記

利用者	母	氏名	大府 花子	
		生年月日	平成1年2月1日	
	子	氏名	大府 太郎	
		出産日	令和7年4月1日 (在胎週数40週1日)	
		予定日	令和7年3月31日 (出産後の方も必ず記入)	
出産施設	クリニック			
利用希望	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	通常日帰り型	<input checked="" type="checkbox"/> 短時間日帰り型	訪問型
利用希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 大府市委託産後ケア施設 ・広川クリニック ・産院いしがせの森			
	その他( ) (所在地: )			
(該当者のみ)	1 市民税非課税世帯	2 生活保護世帯		
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 大府市産後ケア事業利用申請に係る住民基本台帳の閲覧に同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の内容その他必要な情報を関係機関に提供すること及び利用者の健康状態等について実施施設から大府市に情報提供することに同意します。			

宿泊型利用は各施設に条件があるため、申請受付時点で条件に当てはまるか確認。

・利用を希望する施設が委託先のいずれかであれば、チェックする。  
(予約できていなくても良い。)  
・委託外の場合は「その他」に記入した施設でしか利用できず、申請後の審査を通過する必要がある。  
・西知多総合病院・藤田医科大学病院・刈谷豊田総合病院・日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院を利用したい場合は、申請時に保健センターに相談してください。