

産後ケア事業利用券差替え申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 (本人来所の場合は記入不要)

住所

氏名

代理人の場合は続柄【 】

産後ケア事業利用券の差し替えについて、下記のとおり申請します。

|                    |                                                                                         |         |                                                                                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな               |                                                                                         | 生年月日    | 年齢                                                                                                                  |
| 産婦氏名               |                                                                                         |         |                                                                                                                     |
| ふりがな               |                                                                                         | 生年月日    | 月齢                                                                                                                  |
| 子の氏名               |                                                                                         |         |                                                                                                                     |
| 産後ケア事業利用承認通知書の発行日  |                                                                                         | 文書番号    |                                                                                                                     |
| 承認番号               |                                                                                         | 利用券残数   | <input type="checkbox"/> アウトリーチ 枚<br><input type="checkbox"/> ショート・デイ 枚<br><input type="checkbox"/> ショート・デイはもらっていない |
| 上記承認において<br>利用した状況 | ショートステイ 泊                                                                               | 利用施設名：  |                                                                                                                     |
|                    | デイサービス 日                                                                                | 利用施設名：  |                                                                                                                     |
|                    | アウトリーチ 回                                                                                | 訪問助産師名： |                                                                                                                     |
| 現住所                | 〒<br>(TEL： — — )                                                                        |         |                                                                                                                     |
| 送付先住所<br>(郵送の場合のみ) | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる方は下記にご記入ください。<br>(理由： ) |         |                                                                                                                     |
|                    | 〒<br>(TEL： — — )                                                                        |         |                                                                                                                     |

以下、受付職員記入

- ☐身分証明書確認  
☐母子健康手帳確認

回収した利用券の状況

ショート・デイ ( ) 枚  
アウトリーチ ( ) 枚

差替えて渡した利用券の状況

(渡したものを○で囲む)  
1枚目 2枚目 3枚目 4枚目 5枚目  
6枚目 7枚目 8枚目 9枚目 10枚目

|        |                   |     |      |
|--------|-------------------|-----|------|
| 窓<br>口 | 身分証明書・母子健康手帳 返却済み |     |      |
|        | サイン：              |     |      |
| 郵<br>送 | 受診票               | 郵送日 | / 発送 |

受付者：