

米沢市産後ケア事業（短期入所型）利用状況確認票

(ふりがな)				生 年 月 日		年 齢
利用者氏名				S・H 年 月 日		歳
(ふりがな)		性別	生 年 月 日	出 生 順 位	在 胎 週 数	出 生 時 体 重
乳児の氏名			R 年 月 日	第 子	週	g
(ふりがな)		性別	生 年 月 日	出 生 順 位	在 胎 週 数	出 生 時 体 重
乳児の氏名			R 年 月 日	第 子	週	g
住 所	□申請時と変更なし（変更ある場合のみ下記に記入）					
	米沢市		電話（携帯）		－	－
緊急連絡先	□申請時と変更なし（変更ある場合のみ下記に記入）					
	氏名		続柄（		電話（携帯）	－
申請理由	□産後に家族等身近な人から家事・育児などの十分な支援が受けられない。 □産後に心身の不調又は育児不安等がある。 □その他困っていること（					
特に利用を希望する内容	□産後の母体管理（休息を含む）及び生活面の相談・指導 □乳房管理（母乳ケアを含む） □育児に関する相談・指導（沐浴・授乳等） □子の発育・発達確認を相談 □その他（					
利用希望施設	□さくらクリニック □島貫医院 □米沢市立病院 □公立置賜総合病院					
利用希望日	第一希望： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（泊 日）					
	第二希望： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（泊 日）					
	□利用施設の空き状況に応じて、希望日周辺での利用を希望します。 □希望日以外での日程の利用は希望しません。					
母の体調	体 調		治療の有無		感染症の有無	
	□良好 □不調（		□無 □有（		□無 □有（	
児の体調	体 調		治療の有無		感染症の有無	
	□良好 □不調（		□無 □有（		□無 □有（	
特記事項	□希望しません（					

※米沢市記入欄

面接・電話連絡 / 本人・夫・（ ） / 受付担当者（ ）

受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
通知年月日	令和 年 月 日	□承認（産後ケア） □不承認	
利用日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（泊 日）		
利用施設	□さくらクリニック □島貫医院 □米沢市立病院 □公立置賜総合病院		
世帯区分	□Ⅰ 市民税課課税世帯 □Ⅱ 市民税非課税世帯（証明書提出確認済） □生活保護世帯		
特記事項			