

大野市産後ケア利用券（兼報告書）

利用期限：出産後1年以内

利用者負担金： 円

希望される産後ケアにチェック☑をつけてください

利用の種類		自己負担額	
宿泊型	単体	☐	5,000円
	多胎	☐	5,500円
通所型	1～2時間程度	単体	☐ 無料
		多胎	☐ 無料
	6～8時間程度	単体	☐ 1,500円
		多胎	☐ 2,000円
訪問型	1～2時間程度	単体	☐ 1,000円
		多胎	☐ 1,000円

※太枠内を利用前にご記入ください。

母氏名		生年月日	生 月 日
住 所	大野市	電 話	
子氏名	(男・女)	生年月日	生 月 日 (か月)
※相談したい内容を事前にご記入ください			
授乳に関すること	育児に関すること	その他	

委託機関の長 様

上記の母子の産後ケアを依頼します。

大野市長

※以下は実施機関が記入（記入スペースが足りない場合は裏面にご記入ください）

〈実施内容〉 ☐ 産婦及び子に対する保健指導及び授乳指導 （母乳マッサージ含む） ☐ 産婦に対する療養上の世話 ☐ 産婦及び乳児に対する保健指導 ☐ 産婦に対する心理的ケアやカウンセリング ☐ 育児に関する指導や育児サポート等 ☐ その他	〈利用者の状況〉
〈指導内容〉	
〈市町への連絡事項〉 ☐ 保健師への継続支援要	
〈実施機関名・実施者名〉	
〈実施日〉 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分	