

様式第2号

千葉市産後ケア事業登録証

登録番号							
利用者	住所						
	氏名						
	生年月日		年		月		日
	出産予定日		年		月		日
利用種別及び利用可能日数	訪問型		7	回	施設型		7
利用者自己負担額							
有効期間	退院当日 ～ 産後4か月						
<p>千葉市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、登録を承認したので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p>千葉市長</p>							

※ 以下、お子さんが生まれてからご記入ください。

児の氏名		性別	男・女
児の生年月日		年	月 日
退院日		年	月 日

- ・利用予約の際は、登録番号が必要です。
- ・お子さんが生まれたら、お住まいの区の母子健康包括支援センターに連絡してください。利用承認通知書を発行します。
- ・利用の際は、医療機関・助産所に、必ず登録証及び利用日数等上限管理票（この券）と、利用承認通知書を提示してください。提示がない場合、全額自己負担となります。
- ・母子のいずれかが入院加療中は利用できません。
- ・市外に転居した場合、ご利用できません。

利用日数等上限管理票

※ 利用の際に必ず持参・提示してください。

※ 以下は、医療機関、助産所等の事業者が記入してください。

訪 問 型		(利用日数の上限)
		7 回
利 用 日	事 業 者 名	
1	月 日	
2	月 日	
3	月 日	
4	月 日	
5	月 日	
6	月 日	
7	月 日	

施 設 型		(利用日数の上限)
		7 日
利 用 日	事 業 者 名	
1	月 日	
2	月 日	
3	月 日	
4	月 日	
5	月 日	
6	月 日	
7	月 日	