

養育医療を申請される方へ

こども保健センターでは、養育医療の申請をされた方に、保健師からご連絡をさせていただいております。下の太枠内に、わかる範囲でご記入ください。

ふりがな		男・女	生年月日	令和	年	月	日
児氏名			予定日	令和	年	月	日
			在胎週数			週	日
居住地	上尾市						
日中連絡がつく電話番号	自宅 ()	父携帯					
		母携帯					
① 赤ちゃんの退院について、どのような説明を受けましたか。 赤ちゃんの退院の予定 <input type="checkbox"/> あり (月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定							
② お母様のご様子はいかがですか。 <input type="checkbox"/> 自宅にいる <input type="checkbox"/> 入院している 医療機関名称 () 退院予定 (月 日頃) 退院後の場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 里帰り中である 里帰り先 住所 : 電話番号 : () 世帯主名 : 期間 : 令和 年 月 日まで							
③ ご心配なこと、相談したいことがあれば記入してください。							
<こども支援課職員記入欄>				申請日 : 令和 年 月 日			
				申請者 : 父・母・その他			