

飯塚市  
産後ケア事業利用パスポート



# みほん

両面テープ接着位置

◆ママのお名前： \_\_\_\_\_

◆お父さんのお名前： \_\_\_\_\_

◆お父さんの生年月日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

半分に折って  
親子健康手帳（母子健康手帳）  
うちの色見本の裏のページに  
貼付してください

★事業所担当者様へお願い

県助成利用がない時は「県助成利用回数」枠に斜線を引き、**利用時は「〇回目」と記載**してください

区分	宿泊型（ショートステイ）						
利用日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	④ 月 日	⑤ 月 日	⑥ 月 日	⑦ 月 日
実施施設名							
県助成 利用回数							

区分	① 月 日	② 月 日
実施施設名		
県助成 利用回数		

**利用日**：サービスを利用した日付を記載  
**実施施設名**：施設名を記載  
**県助成利用回数**：  
 県助成を利用した時は利用回数を「1回目」～  
 「5回目」の表記で記載  
 利用しなかった場合は斜線を記入  
 ※県利用につきましては利用者にご意向を確認  
 ください  
 「通所型短時間（授乳育児相談）」は利用料無料

区分	通所型短時間 （授乳育児相談）
利用日	① 月 日
実施施設名	
県助成 利用回数	

区分	訪問型（アウトリーチ）		
利用日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
実施施設名			
県助成 利用回数			

バーコードを読み取って  
アンケートにご協力ください

