

(表面)
山武市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 山武市長

山武市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により申請します。
なお、利用に際し裏面の同意事項に同意します。

記

申請者	ふりがな				電話		
	氏名						
	住所	山武市					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	
緊急 連絡先	氏名 (申請者との関係)			()			
	電話	日中連絡先					
		休日夜間連絡先					
出産(予定)日	年	月	日				
出産 (予定) 医療機関等	※出産医療機関等が変更になった場合は二重線で訂正						
利用の種類	<input type="checkbox"/> 母子デイケア <input type="checkbox"/> 母子ショートステイ <input type="checkbox"/> 産後ケア訪問						
世帯区分	<input type="checkbox"/> 【A】 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 【C】 生活保護世帯						
申請理由 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 産後の心身回復に不安がある <input type="checkbox"/> 授乳(乳房ケア等)に不安がある <input type="checkbox"/> もく浴等、育児について不安がある <input type="checkbox"/> 日常生活において不安がある <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; font-size: 2em;">}</div>						

(ふりがな) 子の氏名	(男・女)	出生体重	g (第 子)
出 生 日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
利用希望日時			
		利用者番号	

(裏面)

◇母子の状況についてお伺いします。□にチェック、空欄にご記入ください。

1 あなたの健康等について
(1) 過去や現在、継続しての通院や服薬などがありますか □糖尿病 □高血圧 □がん □精神疾患 □その他 () (通院：□はい □いいえ) (服薬：□はい 薬剤名 () □いいえ)
(2) 以下の手帳をお持ちですか □身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □いいえ
(3) 食物アレルギーはありますか □卵 □牛乳 □そば □小麦 □落花生 その他 () □いいえ
(4) その他アレルギーはありますか (□あり 具体的に： □なし)
(5) その他心配ごとがあればお書きください ()
2 赤ちゃんの健康等について
(1) 食物アレルギーはありますか (□わからない □あり 具体的に： □なし)
(2) その他病気や心配ごとがあればお書きください ()

同意事項

(1) このサービスを利用するために、私の情報をサービス提供する施設等に必要範囲内で提供することについて。
(2) サービス提供する施設から市に利用状況を報告することについて。
(3) 必要範囲内で私の世帯の税務情報を確認することについて。
(4) 障害福祉サービス受給の有無を確認することについて。
(5) 産後ケア施設利用時に利用者負担金を現金で施設に払うことについて。
(6) 乳児家庭全戸訪問事業等、母子保健サービス提供のために、利用時の状況について関係部署に情報提供することについて。
(7) 市が実施する事業評価のためのアンケート調査等に協力することについて。

受付印	【世帯区分】 □【A】市民税課税世帯 □【B】市民税非課税世帯 □【C】生活保護世帯
	□ 出産後追記 年 月 日
	□ 利用決定 年 月 日
	□ 決定通知送付 年 月 日