

別 記

第 1 号様式 (第 7 条)

(表)

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

横芝光町長 様

横芝光町産後ケア事業実施要綱第 7 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
住所	横芝光町	電話	
出産 (予定) 日	年 月 日		
分娩 (予定) 施設			
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 産後に休息をとりたい <input type="checkbox"/> 育児に対する不安があるため <input type="checkbox"/> 授乳 (乳房) ケアを受けたい <input type="checkbox"/> 産後の心身の回復に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用希望の 種類と施設	<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 ()		
緊急連絡先	住所	電話番号	
	氏名	続柄	

(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			

(裏)

※母子の状況についてお伺いします。該当するものに☑し、記入してください。

1. お母さんの健康等について

(1) 過去や現在、継続して通院や服薬などがありますか

いいえ

はい

(疾患名：)

(病院名：)

(2) 以下の手帳をお持ちですか

いいえ

はい (身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者手帳)

(3) アレルギーはありますか

いいえ

はい (卵 牛乳 そば 小麦 落花生 その他 ())

(4) その他心配事があれば御記入ください

()

2. 赤ちゃんの健康等について

(1) 育児や健康面などで心配なことがありますか

いいえ

はい

(内容：)

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に必要な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町に利用状況を報告することについて

(3) 必要な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支払うことについて

(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) 町が実施する事業評価のためのアンケート調査に協力することについて

上記同意事項(1)～(7)について同意します。

申請者氏名 _____