

大田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大田市長 殿

私は、下記のとおり大田市産後ケア事業の利用を申請します。  
 なお、利用に際し裏面の同意事項に同意します。

- 申請者  利用者本人  
 本人以外

(氏名) \_\_\_\_\_ 印 (利用者との続柄 \_\_\_\_\_)  
 (住所) \_\_\_\_\_  
 (連絡先) \_\_\_\_\_

利用区分 利用日時	<input type="checkbox"/> デイサービス型 初回利用希望日 年 月 日 (午前・午後 時 分～)		
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ (訪問) 型 初回利用希望日 年 月 日 (午前・午後 時 分～)		
(ふりがな) 利用者氏名		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	大田市 町		
連 絡 先	自宅 ( )	携帯 ( )	—
緊急連絡先	連絡者 _____ 続柄 ( ) 連絡先 _____ (産婦以外の家族で昼間に連絡のつく連絡先)		
出 産 医療機関等			
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安があるため <input type="checkbox"/> 産後の育児について、不安があるため <input type="checkbox"/> 産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいないため <input type="checkbox"/> その他 ( )		

(ふりがな) 子の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (第 子)
出生時体重	g	退院 (予定) 日	年 月 日

◇現在の状況についてお伺いします。

(1) お母さんの体調等について、過去または継続している通院や服薬などがありますか

通院：はい

[糖尿病・高血圧・貧血・腎疾患・精神疾患・アレルギー・その他 ( )]

いいえ

服薬：はい 薬の名前 ( ) いいえ

(2) お子さんの体調等について、治療中の病気はありますか

あり ( ) なし

(3) お子さんにアレルギーはありますか

あり ( ) なし

(4) その他心配事やケアへの希望等があればお書きください

( )

### 同意事項

- (1) 本事業の利用に際し、事業利用後の母子保健サービスの紹介のために、市が妊娠、出産、事業利用時等の情報を、医療機関他必要な関係機関と共有すること。
- (2) 住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲で市が世帯の税務情報を確認すること。
- (3) 産後ケア事業利用時に、利用者負担金を払うこと。
- (4) 医療的介入や入院が必要である状態の母子は、利用できない場合があること。

以下、市担当課記入欄

受付印	【世帯市分】 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 利用決定 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 決定通知送付 年 月 日
	利用者番号 ー