

竹原市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

竹原市長 様

利用回数 初回 2回目以降

申請者	(ふりがな) 氏名		産婦との 続柄	
	住所		電話番号	
利用者	(ふりがな) 産婦氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と異なる場合に記載) 竹原市		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と異なる場合に記載)	出産(予 定)施設	
	(ふりがな) 乳児氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日
			出生体重	g
	(多胎の場合は、氏名及び出生体重を記入してください)			
緊急 連絡先	産婦以外の家族で昼間に連絡を取ることができる方 氏名		続柄	
			電話番号	
希望するケア		利用希望日		利用を希望する施設
<input type="checkbox"/> 短期入所型				
<input type="checkbox"/> 通所型				
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型				
利用目的	1 お母さんのケア { <input type="checkbox"/> 心身のケア <input type="checkbox"/> 乳房管理や授乳の助言 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 在宅での子育てに関する相談 <input type="checkbox"/> 家族計画に関する相談 } 2 赤ちゃんのケア { <input type="checkbox"/> 発育の確認 <input type="checkbox"/> 発達の確認 <input type="checkbox"/> 健康状態の確認 } 3 その他 { }			
特に心配 していること	産婦 アレルギー 無・有() 乳児 アレルギー 無・有()			
同居の家族	夫・子(人)・実父・実母・義父・義母・その他()			
事業の利用について、次の事項に同意の上、申請します。 (1) 世帯構成員の市民税課税状況(生活保護を受給している場合は、生活保護を受給を含む)及び住民基本台帳により市が調査を行うこと。 (2) 必要がある場合は、市が医療機関その他の関係機関と連携すること。 (3) 利用施設に対し、この申請書兼情報提供同意書及び決定通知書の写しを送付し、必要な情報を提供すること。 (4) 利用の後、利用の際における産婦及び乳児の状況について、利用施設から市に報告すること。 (5) 産後ケア事業利用時には、決められた利用料金を委託業者に対して支払うこと。利用予定日の前々日の午後5時までに利用施設に利用日の変更(中止)の連絡がない場合は、規定の利用料を支払うこと。				
申請者氏名				(印)

注)印は朱肉を用いる印鑑で押印してください。

*市記入欄

決定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	利用者の自己負担の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----	--	-------------	---