

（宛先）御所市長

申請者 住所 御所市

氏名

電話番号

（利用者との関係）

御所市産後ケア事業利用申請書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住所	御所市		
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	ふりがな		電話番号	
	母親の氏名		生年月日	
			年 月 日 (歳)	
	ふりがな		生年月日	
子の氏名		年 月 日 (生後 か月 日)		
ふりがな		生年月日		
子の氏名		年 月 日 (生後 か月 日)		
世帯構成 ※母子以外を記入	氏名		生年月日 (年齢)	続柄
			(歳)	
			(歳)	
			(歳)	
世帯区分 ()内に○	() 課税世帯 ・ () 非課税世帯 ・ () 生活保護世帯			
緊急 連絡先	ふりがな		利用者 との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
希望するサービス	希望利用期間			
ショートステイ (宿泊型)		年 月 日 () から 年 月 日 () まで (日間)		
デイケア (通所型)		年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】 年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】 年 月 日 () (: ~ :) 【 時間利用】		
アウトリーチ (訪問型)		年 月 日 () (: ~ :) 年 月 日 () (: ~ :)		
特に希望する 内容 (複数回答あり)	1. 授乳についての相談（乳房の手当て、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等）			
	2. 育児に関する相談（赤ちゃんのお風呂、着替え等の身の回りのお世話全般について）			
	3. お母さんの産後の体調等の相談			
	4. お母さんの休息			
	5. その他 ()			

裏面もご記載ください

※職員記入欄（税情報確認）

日付	課税状況			担当者
/	1. 課税	2. 非課税	3. 生活保護	

同意書

1. 産後ケア事業の利用にあたり、御所市が利用施設又は助産師等に対して必要な個人情報を提供したり、利用施設又は助産師等が御所市に必要な個人情報を提供すること。
2. 実施施設や助産師等の状況により、希望の日に利用できない場合があること。
3. 申請後、産後ケア事業の利用について中止又は変更が必要な場合は、前々日の午後5時までに利用施設又は助産師等へ連絡すること。連絡が遅れた場合は定められた金額を利用施設や助産師等に支払うこと。
4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用施設又は助産師等に対して利用者負担額を支払うこと。
5. 利用料に係る世帯区分などを確認するために審査に必要な範囲で、住民基本台帳による世帯状況、世帯構成員の市町村民税課税状況及び生活保護受給の有無について、市が調査すること。
6. 母子いずれかに利用当日に感染症の疑い（発熱、下痢、嘔吐、咳が続くなどの症状）がある場合や、医療的介入の必要があり入院加療が必要な場合は利用できないこと。

以上のことに同意します。

年 月 日 氏名

☆ご利用にあたっての参考にさせていただきますので、下記についてご記入ください。

- ①出産後の体調に不安がありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は例えばどのようなことですか？

[]

- ②過去に大きな病気をされたことまたは現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
はいの方はどのような病気ですか？

[]

- ③妊娠中や産後にこころの問題で心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？
はい ・ いいえ

[]

- ④食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？ はい ・ いいえ
はいの方はどのようなことですか？

[]

- ⑤出産後の育児について不安がありますか？ はい ・ いいえ
はいの方はどのようなことですか？

[]

- ⑥その他、気になることがあればご記入ください。

[]