

宇陀市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

宇 陀 市 長 様

申請者 氏名 _____ 母との続柄： _____

住所 _____

電話番号 _____

次のとおり、産後ケア事業について利用申請します。

利用者の状況	フリガナ 母の氏名		生年月日	年 月 日		
	出産予定日 (出産日)	年 月 日	出産(予定) 医療機関・助産院			
	フリガナ 子の氏名 (性別)	(男・女)	在胎週数	週 日		
			出生体重	g		
	フリガナ 子の氏名 (性別)	(男・女)	生年月日	週 日		
		出生体重	g			
住 所	〒633- 宇陀市	電話番号	自宅 _____ 携帯 _____			
緊急連絡先	氏名： _____ (母との続柄： _____) 連絡先： _____					
世帯構成	氏名	母との続柄	生年月日	氏名	母との続柄	生年月日
世帯の区分	() 課税世帯 () 市民税非課税世帯 () 生活保護世帯					

希望するサービス	利用希望日 (予定)
<input type="checkbox"/> ショートステイ (宿泊型)	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> デイサービス (通所型)	年 月 日 【1日あたり： 時間】 年 月 日 【1日あたり： 時間】 年 月 日 【1日あたり： 時間】
<input type="checkbox"/> アウトリーチ (訪問型)	年 月 日 希望時間 時頃 年 月 日 希望時間 時頃
相談したいこと ※当てはまるものに○ をつけてください。 (複数可)	<input type="checkbox"/> 授乳についての相談 (乳房手当・授乳方法・赤ちゃんの発育発達の確認等) <input type="checkbox"/> 育児に関する相談 (赤ちゃんのお風呂や着替え等身の回りのお世話全般について) <input type="checkbox"/> 休養、お母さんの産後の体調の相談 <input type="checkbox"/> その他：
備考	

利用者	今までにかかった病気又は現在治療中の病気について	アレルギー又は禁止食について
母	【有 ・ 無】 心臓疾患・脳疾患・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・腎臓疾患・肝臓疾患・ 婦人科疾患・遺伝的疾患・がん・こころの病気・産後うつ・マタニティ ブルー・その他（ ）	【有 ・ 無】 (有の場合、詳細を記入して下さい。)
	【有の場合】 _____歳頃・現在治療中（ 通院・内服 ）	
子	【有 ・ 無】	【有 ・ 無】 (有の場合、詳細を記入して下さい。)

(上記以外に気になることや伝えたいことがあれば記載してください。(授乳のこと、育児のこと、体調のことなど))

同意事項

- 1 利用者負担額に係る非課税世帯を確認するため市民税情報等を公簿等により確認すること。
 - 2 利用者負担額に係る被保護世帯の有無に関し、公簿等で確認すること。
 - 3 産後ケア事業の利用にあたり委託事業者に必要な個人情報を提供すること。
 - 4 実施状況により、希望の日時に利用できない場合があること。
 - 4 産後ケア事業利用（終了）時に、自己負担額を事業者に対して支払うこと。
 - 5 産後ケア事業を利用することができなくなった場合又は産後ケア事業の実施について変更が必要な場合は、定められた期限までに利用施設へ連絡すること。
 - 6 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、医療行為の必要な産婦又は乳児は利用できないこと。
 - 7 サービスの利用中に体調不良等、自己都合の理由で利用を中止する場合においても、サービスの区分及び階層区分に応じた自己負担額を負担すること。
 - 8 事業者が事前に指定する期日を過ぎて利用日の変更又は利用を中止した場合、事業者が定めたキャンセル料が発生し、事業者からキャンセル料を請求される場合があること。
 - 9 産後ケア事業利用時に入院加療が必要と認められた場合、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関の受診勧奨を行う場合があること。
 - 10 虚偽の申請により産後ケア事業の助成を受けた場合又は利用施設の指示に従わない等桜井市産後ケア事業実施要網の規定に違反した場合は、利用の承認を取り消す場合があること。
- 上記の内容に同意します。

年 月 日

申請者氏名

※市確認欄 : 世帯の課税状況（課・非・生）

健康増進課 受付印

健康増進課 受付印
