

様式第1号 (第5条関係)

(表)

大川市産後ケア事業利用申請書

大川市長様

年 月 日

(事業所名 _____)

次のとおり大川市産後ケア事業の利用を申請します。

(ふりがな) 母の氏名	(_____)	生年月日	年 月 日
住所 電話番号	〒 _____ (電話番号)		
緊急連絡先	氏名	申請者 との関係	電話 番号
	住所	(申請者と住所が異なる場合のみ記入)	
(ふりがな) 子の氏名	(_____)	第 子	出生時 身長 c m 体重 g
	(_____)	第 子	出生時 身長 c m 体重 g
出産日 (子の生年月日)	年 月 日		
出産施設名	栄養	母乳・混合・ミルク (1日 回/1回 ml) その他 (_____)	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

該当するものに☑をしてください。

希望するサービス	利用希望日	備考
<input type="checkbox"/> ショートステイ (宿泊)	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
<input type="checkbox"/> デイサービス (日帰り)	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> デイケア (母乳育児相談)	年 月 日	※1回を限度とする
<input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日	年 月 日
申請理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 産後の身体的な不調や回復の遅れがあるため <input type="checkbox"/> 2 産後の心理的な不安があるため <input type="checkbox"/> 3 家族や実家から、十分に家事や育児の支援を受けることができないため <input type="checkbox"/> 4 授乳・沐浴等の育児相談のため <input type="checkbox"/> 5 その他 (_____)	
特に希望する サービス ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 母親の身体的ケア及び保健指導 <input type="checkbox"/> 2 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 3 適切な授乳が実施できるためのケア (乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 4 授乳・沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> 5 発育・発達に関する相談及び指導 <input type="checkbox"/> 6 在宅での子育て・生活に関する相談及び指導	
同意欄		
① 世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。 ② 産後ケア事業の利用に必要な情報を、大川市が委託事業者へ情報提供すること及び委託事業者が大川市に対し必要な個人情報を提供すること。 ③ 産後ケア事業実施施設退所時、利用者負担金等を施設に対して支払うこと。 上記の①、②、③ に同意します。 年 月 日 申請者本人署名 _____		

(裏)

健康状態確認

母	健康状態 (強健 ・ 普通 ・ 病気がち)
	既往症 (有 「病名」 ・ 無)
	服薬 (有 ・ 無)
	アレルギーの有無 (有 「」 ・ 無)
	その他特記事項等
(子)	健康状態 (強健 ・ 普通 ・ 病気がち)
	既往症 (有 「病名」 ・ 無)
	服薬 (有 ・ 無)
	アレルギーの有無 (有 「」 ・ 無)
	その他特記事項等
(子)	健康状態 (強健 ・ 普通 ・ 病気がち)
	既往症 (有 「病名」 ・ 無)
	服薬 (有 ・ 無)
	アレルギーの有無 (有 「」 ・ 無)
	その他特記事項等