

始良市産後ケア事業利用申請書兼同意書

※必要なケアが実施できるよう内容について、市町村担当者より聞き取りを行います

利用 者	母 （本人）	氏名			生年 月 日		電話 番号			
		住所	(里帰り先) (TEL)							
		母子健康手帳番号								
		出産医療機関名					退院(予定)日	年	月	日
		緊急時連絡先	氏名				電話			
児	児の 名前				出生日	年	月	日	月齢	か月
	在胎 週数	週	出生 体重	g		第	子			
申請 者	氏名			続柄		電話 番号				
	住所									
申請 内容	①申請理由（複数選択可）									
	☐ 自分の体調が優れない（からだの不調） ☐ 心が不安定だと感じる（心の不調） ☐ 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安） ☐ パートナーなど家族の支援が得られにくい ☐ 出産した医療機関等から利用を勧められた ☐ その他（ ）									
	②①の具体的な内容									
	③利用を希望するケアの種類、期間及び施設									
	種類	期間					施設名			
	☐ 宿泊型	年 月 日 ～ 年 月 日（日間）								
	☐ デイサービス型	年 月 日 ～ 年 月 日								
	☐ 訪問型	年 月 日 ～ 年 月 日								
	④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なります）									
	☐ 生活保護 ☐ 住民税非課税 ☐ いずれでもない									
	☐ 利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。									
上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。 また、支援のために、私に関する情報について、市町村・産科等医療機関・産後ケア実施施設など関係機関が共有することを同意します。 始良市長 殿										
年 月 日 利用者氏名 （署名又は記名押印） 申請者氏名 （署名又は記名押印） ※利用者と申請者が異なる場合										