

年 月 日

観音寺市長

宛て

申請者 住 所

氏 名

（利用者との関係 ）

観音寺市産後ケア事業（新規・追加）利用申請書

次のとおり、観音寺市産後ケア事業を利用したいので、申請します。

利用者	住 所	観音寺市		
	氏 名		生年月日	
	連絡先			
緊急連絡先		氏名 (利用者との関係)	(日中連絡先) (休日夜間連絡先)	
(ふりがな) 子の氏名		生年月日		
		出生時体重	g (第 子)	
出産施設名		退院（予定）日		
世帯の課税状況 等の区分	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯			
希 望 施 設				
種 類・ 利用希望日・ 利 用 日 数	☐ 宿泊型	(日)		
	☐ デイサービス型	(日)		
	☐ アウトリーチ型（訪問型）	(日)		
利用する理由（具体的に記入してください。）				
産後ケア事業に関する同意書 私は、産後ケア事業に係る下記の事項について同意します。 記 (1) この事業を利用するために、私の情報を事業を行う施設等に必要な範囲で提供すること。 (2) 事業を行う施設等から市に利用状況を報告すること。 (3) 利用審査のため、必要な範囲で私の世帯の税情報又は生活保護受給状況について確認すること。 (4) 利用した施設等に利用者自己負担額を支払うこと。 (5) 乳児全戸訪問事業等、保健サービスを受けるために、利用時の状況について関係部署に情報提供すること。 年 月 日 氏 名 _____				

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

(裏面に続く)

◇現在の状況についてお伺いします。

1 母の体調等について	
(1)	過去又は現在に継続して服薬や通院などがありますか。 (通院：□はい 糖尿病 高血圧 貧血 腎疾患 精神疾患 その他 () □いいえ) 通院している方はどこの医療機関に通院していますか。() (服薬：□はい 薬剤名 () □いいえ)
(2)	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。 (□はい 名称 () 手帳) □いいえ)
(3)	食物アレルギーはありますか(ありの場合○をつけてください)。 (□あり：卵 牛乳 そば 小麦 落花生 その他 () □なし)
(4)	その他アレルギーはありますか。(□あり 具体的に： □なし)
(5)	ケアや食事等になにか配慮が必要なことがあればお書きください。 ()
(6)	その他心配事があればお書きください。 ()
2 利用乳児の体調について	
(1)	アレルギーはありますか。(□あり 具体的に： □なし)
(2)	ケア等に何か配慮が必要なことがあればお書きください。 ()
(3)	その他心配ごとがあればお書きください。 ()

※市担当者欄

身分確認欄	□運転免許証 □マイナンバーカード □その他 ()
世帯の課税状況等の区分	□ 市民税課税世帯 □ 市民税非課税世帯 □ 生活保護世帯
母子の状況など	