

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者 住所 観音寺市坂本町1丁目1番1号

氏名 観音寺 花子 (利用者との関係 本人)

観音寺市産後ケア事業（新規）追加）利用申請書

日付は空白でお願いします。

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。

産後ケア事業の
利用対象者に当てはまる方。
妊娠中から申請が行えます。

利用者	住所	観音寺市坂本町1丁目1番1号			
	氏名	観音寺 花子	生年月日	平成3年10月6日	
	連絡先	090-9999-9999			
緊急連絡先	氏名 観音寺 太郎 (利用者との関係 夫)	(日中連絡先) 080-8888-8888 (休日夜間連絡先) 080-8888-8888			
(ふりがな) 子の氏名	観音寺 次郎	生年月日	令和2年5月10日	生体重	3000 g (第1子)
出産施設名	三豊総合病院	(予定)日	令和2年5月15日	課税状況により料金が異なります。	
世帯の課税状況等の区分	<input checked="" 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				
希望施設	三豊総合病院 or 香川井下病院 or ぼっこ助産院 or あやか助産院 or みゆき助産院 等				
種類・利用希望日・利用日数	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	R7年5月20日～R2年5月21日 (2日)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	(日)			
	<input type="checkbox"/> 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) 実家が県外で支援者がおらず、育児について相談したいため。					
産後ケア事業に関する同意書					
私は、産後ケア事業の実施について下記の事項に同意します。					
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 観音寺 花子					

未定の時は鉛筆書きしてください。
決まり次第、こども家庭課まで連絡をお願いします。

(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。

日付は空白でお願いします。

◇現在の状況についてお伺いします。

<p>1 母の体調等について</p> <p>(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：<input checked="" type="checkbox"/>はい 糖尿病 高血圧 <u>貧血</u> 腎疾患 精神疾患 その他 () <input type="checkbox"/>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：<input type="checkbox"/>はい 薬剤名 () <input checked="" type="checkbox"/>いいえ)</p> <p>(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。 (<input type="checkbox"/>はい 名称 () 手帳) <input checked="" type="checkbox"/>いいえ)</p> <p>(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) (<input type="checkbox"/>あり：卵 牛乳 そば 小麦 落花生 その他 () <input checked="" type="checkbox"/>なし)</p> <p>(4) その他アレルギーはありますか (<input type="checkbox"/>あり 具体的に； <input checked="" type="checkbox"/>なし)</p> <p>(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。 ()</p> <p>(6) その他心配事があればお書きください。 ()</p>	
<p>2 利用乳児の体調について</p> <p>(1) アレルギーはありますか。(<input type="checkbox"/>あり 具体的に； <input checked="" type="checkbox"/>なし)</p> <p>(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。 ()</p> <p>(3) その他心配ごとがあればお書きください。 ()</p>	

市記載欄↓

身分確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯の課税状況等の区分	<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
母子の状況など	