

観音寺市産後ケア事業 (新規・追加) 利用申請書

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)

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

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
	連絡先	(自宅) 0875-23-3964 (携帯) 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
		出生時体重	3000 g (第1子)
出産施設名	三豊総合病院		
退院(予定)日	令和2年5月15日		
希望施設	三豊総合病院 or 香川井下病院 or 高瀬第一病院 or 四国中央病院 or ぼっこ助産院 or あやか助産院		
種類・日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	
	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス型	令和2年5月20日 ~ 令和2年5月21日 (2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ため。			
産後ケア事業に関する同意書	<p>私は、産後ケア事業の実施に同意します。</p> <p>記</p> <p>(1) この事業を利用するために、必要な範囲で私の情報を事業を行う施設等に提供すること。</p> <p>(2) 事業を行う施設から市に利用状況を報告すること。</p> <p>(3) この事業の利用審査のため、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。</p> <p>(4) この事業を行う施設等に利用者自己負担額を支払うこと。</p> <p>(5) 乳児全戸訪問事業等保健サービスを受けるために、この事業の利用時の状況について関係部署に情報提供すること。</p>		
	令和 年 月 日	空白でお願いします。	
	氏名	観音寺 花子	

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。

生年

氏名

(利用者との関係

生年月日

出生時体重

課税状況や希望施設によって料金が異なります。

種類・日数が未定の時は鉛筆書きしてください。

種類・日数が決まり次第、健康増進課まで連絡をお願いします。

記

令和 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)

◇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： <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)	
(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)	
(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)	
(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)	
(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。(<input type="checkbox"/> あり 具体的に； <input checked="" type="checkbox"/> 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。 ()	

市記載欄↓

身分確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯の課税状況等の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯
*担当者欄 (母子の状況など)	

