

諫早市産後ケア事業利用申請書

諫早市長 様

申請日 年 月 日

申請者 住所
(自署) 氏名

(利用者との続柄：)

電話番号 ()

次のとおり諫早市産後ケア事業の利用を申請します。

利用 希 望 者	ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	母の氏名					
	住 所	諫早市 町 番 号 (電話番号: - -)		番 地		
	出産医療機関名		出産日	年 月 日		
	ふりがな		在胎週数	出生体重	月齢(注1)	
	児 氏 名 (多胎児の場合全員を記入)	(第 子)	週 日	g	か月	
申請理由	<input type="checkbox"/> 体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産婦人科医等からすすめられた <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用を 希望するサ ービスの 内容等	利用種別・利用回数等(注2)	利用を希望する期間(注3)		希望する施設等		
	短期入所型 今回は1回目 (日/7日利用) 2回目以降 (日/7日利用)	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望 () 第2希望 ()		
	通所型 (約4時間) 今回は1回目・2回目・3回目	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望 () 第2希望 ()		
利用 内容 (注4)	<input type="checkbox"/> ① 母体管理、生活指導 <input type="checkbox"/> ② 乳房管理 <input type="checkbox"/> ③ 沐浴、授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> ④ その他の保健指導 ()					
同 意 欄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用料は、私が直接実施機関へ支払います。 ・この申請書の内容や情報を実施機関へ提供すること及び実施機関が利用者等の健康状態について諫早市へ情報提供することに同意します。 ・母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。 <p style="text-align: right;">署名: _____</p> <p>(自署)</p>					
	<p>(生活保護の適用を受けている場合は、記入してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活保護適用(世帯全員)の有無について、市が関係機関へ照会することに同意します。 <p style="text-align: right;">署名: _____</p> <p>(自署)</p>					

(注1) 産後1年未満までの産婦や乳児が利用の対象となります。

(注2) 該当する回数を○で囲んでください。利用種別により利用できる回数・期間が異なります。

(注3) 事業の利用決定の日や実施機関との調整等により、利用を希望する日に利用できない場合がありますので、希望する期間に余裕をもってご記入ください。

(注4) 希望する利用内容を○で囲んでください。(複数可)

*生活保護を受給されている方は、保護金品支給証明書(原本)を添付してください。