

様式第1号（第7条関係）

申請日： 年 月 日

西海市長 様

西海市産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり、西海市産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | | | | | |
|-----------------|--|----------------------|--|-------------|----|-----------|--------------------------------|
| 利 用 者 | (フリガナ) 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | |
| | 住 所 | 西海市 町 | | 連絡先(電話番号) | | | |
| | 緊急連絡先 | 氏名： (利用者との関係：) 連絡先： | | | | | |
| | 出産日 | 年 月 日 | 妊娠期間 | 週 日 | | | |
| | (フリガナ) 乳児の氏名 | (男・女) | 出生体重 g | | | 出生体重 g | |
| | 出産した 医療機関 | | 月齢 | か月 日 | | | |
| 里帰り先での利用 の場合 | 住所 _____ (様方) | | | | | | |
| 区 分 | 利 用 希 望 日 | | | 開始 | 終了 | 備 考 | |
| 宿泊型 (2泊3日以内) | 第1希望 | 年 月 日 | ～ | 月 日 | : | : | |
| | 第2希望 | 年 月 日 | ～ | 月 日 | : | : | |
| デイサービス型 | 第1希望 | 年 月 日 | | | : | : | <input type="checkbox"/> 7時間利用 |
| | 第2希望 | 年 月 日 | | | : | : | <input type="checkbox"/> 4時間利用 |
| 利用者 | <input type="checkbox"/> 母子利用 <input type="checkbox"/> 母のみ利用 <input type="checkbox"/> 多胎児 | | | | | | |
| 利用希望施設 | 第1希望 () 第2希望 () | | | | | | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい | | <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産婦人科医等から利用をすすめられた <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 同意欄 | (1) 市が実施施設に対し、産後ケア事業を利用するにあたり必要となる利用者情報を提供すること。また、実施施設がサービスの利用状況と利用者の健康状態を市へ情報提供すること。 (2) 公費負担額を除いた利用者負担金は、利用者が直接実施施設に支払うこと。 (3) 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。 | | | | | 署名 _____ | |
| ※本人確認 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |