

大垣市産後ケア事業利用申請書

受付

大垣市長 あて

私は、次のとおり、大垣市産後ケア事業の利用を申請します。

申請日 年 月 日

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-------------------|----------------------|
| 利用者 | フリガナ | | 生年月日 | (昭和・平成) 年 月 日 (歳) |
| | 氏名 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 令和 年 月 日 (か月) |
| | 子の氏名 | | | |
| | 居住地 | (〒 -) 大垣市 | 連絡先 (電話番号) 携帯: | |
| | 緊急連絡先 | フリガナ 氏名: (利用者との関係:) | 連絡先: | |
| | 妊娠期間 | 妊娠 週 日 | 出生体重 | g |
| | 出産医療機関名 | | | |
| 希望サービス区分 | サービス種類 | 利用予定 (目安) 等 | | 利用予定施設 |
| | <input type="checkbox"/> 通所型 (デイサービス) | <input type="checkbox"/> 産後 週頃 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型 (短期入所) | <input type="checkbox"/> 産後、継続して利用 <input type="checkbox"/> 退院後利用 (産後 週頃) <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問型 | <input type="checkbox"/> 産後 週頃 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | | |
| 現在治療中の病気はありますか (アレルギーを含む) | | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病気の名前) | | |
| 心理的あるいは精神的なことで専門機関に 相談したことはありますか | | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病気の名前、症状) | | |
| 区分 | 利用者と利用者の配偶者のいずれも以下に当てはまる場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 (<input checked="" type="checkbox"/> のない場合は市民税課税者とみなします。) | | | |

| | |
|--|---|
| 申請理由 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい) 複数回答可 | <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい |
| 希望するサービス (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい) 複数回答可 | <input type="checkbox"/> 産後ケア (産後の体調等の相談、乳房の手当、休養など) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのケア (体重の増え等の発育・発達の様子確認、スキンケア等) <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導 (授乳及び赤ちゃんのお風呂の入れ方・家庭での育児) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 同意欄 (利用者、又は配偶者が記載してください) | 大垣市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から大垣市に情報提供することに同意します。 また、利用申請の審査のため、住民基本台帳、同一世帯に属する者の市民税非課税状況及び生活保護受給状況に関する資料を閲覧することに同意します。 年 月 日 氏名 (署名又は記名押印) |

