

## 雲仙市産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日 令和 年 月 日

雲仙市長 様

申請者 住所  
(自署) 氏名 (利用者との続柄: )  
電話番号 ( )

次のとおり雲仙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	雲仙市 町 番地 (電話番号: - - )				
		里帰り先での利用(なし・あり) 「あり」の場合: 住所 市 町 番地 ( 様方)				
	出産医療機関名		出産日	令和 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 (注3)	利用を希望する期間 (注2)		希望する施設等		
	訪問ケア(約2時間) 今回は 1回目・2回目	年 月 日 ~ 年 月 日		※希望がある場合のみ記載		
	デイケア(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)	ショートステイ 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( )		
	① 母体管理、生活指導 ② 乳房管理 ③ 沐浴、授乳等の育児指導 ④ その他の保健指導 ( )					
同意欄	・利用者負担金は、私が直接委託事業所(者)へ支払います。 ・この申請書の内容や情報を委託事業所(者)へ提供すること及び利用者等の健康状態について委託事業所(者)が雲仙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。 署名: (自署)					
	(生活保護の適用を受けている場合は、記入してください。) ・生活保護適用(世帯全員)の有無について、関係機関へ照会することに同意します。 署名: (自署)					

注1 産後5か月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。利用種別により限度回数が異なります。

注3 事業の利用決定の日や委託事業所との調整等により、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、生活保護受給者確認書(原本)を添付してください。