

雲仙市産後ケア事業利用申請書兼同意書

雲仙市長 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: - -)			
	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)	(男・女) (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 ()				
世帯の種類別	生活保護世帯 ・ その他の世帯				
同意欄	<p>内容をご確認いただき、□にレ点を記入してください。</p> <input type="checkbox"/> 利用者負担金は、私が直接委託事業者へ支払います。ただし、委託事業者以外の医療機関等(実施機関)で産後ケア事業を利用する場合は、私が費用の全額を支払いの後、関係書類を添えて償還払の申請手続を行います。 <input type="checkbox"/> この申請書の内容や情報を委託事業者または実施機関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者または実施機関が雲仙市へ情報提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 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>生活保護の適用を受けている場合は、□にレ点を記入してください。</p> <input type="checkbox"/> 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。				

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 乳児の月齢・発達状況等によっては、希望する事業所・サービスを受けられない場合があります。

*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。