

雲仙市産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日 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	年 月 日
	ふりがな		在胎週数	出生体重 月齢 (注1)
	児氏名 <small>(多胎児の場合全員を記入)</small>	(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	利用種別等	今回の利用	利用を希望する期間 (注2)	希望する施設等 (注3)
	<input type="checkbox"/> 訪問ケア(約2時間) } あわせて <input type="checkbox"/> デイケア(約4時間) } 6回以内 <input type="checkbox"/> ショートステイ ... 7日間以内	回 目 (又は 日間)	年 月 日 ~ 年 月 日	第1希望() 第2希望()
利用内容 (注4)	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。 <p style="text-align: right;">署名: _____ (自署)</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。) ・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。 <p style="text-align: right;">署名: _____ (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 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3 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もあります。
 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。