

四街道市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

(宛先) 四街道市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
(利用者との関係)

産後ケア事業の利用を希望するので、次のとおり申請いたします。

サービス区分	1 宿泊型	2 日帰り型	3 訪問型
ふりがな 利用者氏名 (産婦)		生年月日	年 月 日
児の氏名		出生週数	週
		出生体重	g
出産 (予定) 日		退院 (予定) 日	
分娩 (予定) 施設			
宿泊型利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		
日帰り型利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (回)		
訪問型利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (回)		
申請理由 (具体的に記載)			
利用者負担区分	1 一般世帯 (10%) 2 市民税非課税世帯 (5%) 3 生活保護世帯 (無)		
緊急連絡先	住所： 氏名：	電話： 利用者との続柄：	

⑨ 申請時には、母子健康手帳をご持参ください。

同意書	
私は、申請に当たり次の事項に同意します。(□内にチェックをお願いします)	
<input type="checkbox"/> 四街道市が住民基本台帳による世帯状況及び所得状況について調査すること。	
<input type="checkbox"/> 私の情報を必要な範囲でサービス提供事業者に対し提供すること。	
<input type="checkbox"/> サービスの利用開始時に、決められた利用者負担額をサービス提供事業者を支払うこと。	
<input type="checkbox"/> サービス利用時の状況を、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業などの母子保健事業、子育て支援事業提供のために、市役所内の関係部署に情報提供すること。	
氏名	(本人自署)
氏名	(本人自署)

裏面あり

○現在の状況についてお伺いします。

1.母の体調について

- (1) 過去に治療した病気があれば該当するものに○をつけてください
心臓病・腎臓病・糖尿病・肝臓疾患・呼吸器疾患・喘息・高血圧・妊娠高血圧・
うつ病・双極性障害・パニック障害・統合失調症・適応障害・自律神経失調症・
その他()
- (2) 現在治療中の病気があれば該当するものに○をつけてください
心臓病・腎臓病・糖尿病・肝臓疾患・呼吸器疾患・喘息・高血圧・妊娠高血圧・
うつ病・双極性障害・パニック障害・統合失調症・適応障害・自律神経失調症・
その他()
- (3) 現在内服中の薬はありますか
ある(薬品名)・なし
- (4) その他心配なことがあればご記入ください。

2.利用乳児の体調等について

- (1) 出生時の異常の有無
無 ・ 有 (具体的内容:)
- (2) 現在体調等で心配なことがあればご記入ください。
- (3) ケア等に何か配慮が必要であればご記入ください。

以下市記載欄

受付印	世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> 申請 _____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 利用(承認・不承認)決定 _____年 ____月 ____日 (宿泊型・日帰り型・訪問型) <input type="checkbox"/> 決定通知送付 _____年 ____月 ____日	