

様式第1号 (第9条関係)

田原市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

田原市長 殿

次のとおり田原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) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 田原市		電話(携帯) :		
	緊急連絡先	(ふりがな) 氏名 :	申請者との関係 :	電話(携帯) :		
	出産施設名		出産日	年 月 日		
	(ふりがな) 児の氏名	男・女(第 子)	在胎週数	週 日	出生時体重	g
	男・女(第 子)	g				
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	職業など	
			申請者			
利用希望 宿泊・デイ・アウトリーチ あわせて 7日間を限度	宿泊型	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
	デイサービス型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
	アウトリーチ型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()				
申請理由 (複数回答可)	(1) 産後に心身の不調や育児不安等がある者 (2) 家族等から十分な産後の支援が受けられない者 (3) 母子の出産退院後の在宅生活において、養育上の支援が特に必要であると産科医療機関等が認める者 (4) 上記以外に、特に社会的支援の必要がある者					
利用希望事業者名						
世帯の区分	①生活保護世帯 ②住民税非課税世帯 ③その他					
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書 <input type="checkbox"/> 住民税非課税証明書 (世帯全員分)					
同意欄	・世帯構成について、田原市が調査を行うことに同意します。 ・世帯構成員の住民税課税状況(生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む)について、田原市が調査することに同意します。 ・本申請書の内容および利用者の健康状態等、本事業を実施するにあたり必要な情報を田原市産後ケア実施事業所と田原市親子交流館、田原市健康課が情報共有することに同意します。					
	署 名					

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

※田原市記入欄

<p>特に利用を希望する項目</p>	<p><input type="checkbox"/> 産婦の療養上の世話及び生活面の指導 <input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア <input type="checkbox"/> 乳房管理及び授乳指導 <input type="checkbox"/> 乳児の世話、発育及び発達の確認 <input type="checkbox"/> 沐浴及びスキンケア等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導及び相談</p>
<p>利用者負担</p>	<p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（生活保護世帯 非課税世帯）</p>
<p>決定日</p>	<p>年 月 日</p>
<p>審査結果</p>	<p><input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認</p>
<p>特記事項</p>	