

島原市産後ケア事業利用申請書兼同意書

島原市長 様

申請日: 年 月 日

次のとおり、島原市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日	(歳)
	産婦氏名				
	住所	島原市	連絡先 (電話番号)		
	出産日	年 月 日	妊娠期間	週 日	
	フリガナ		月 齢	か月	
	子の名前	(性別:)			
	出産した病院		出生体重	g	
	緊急連絡先	氏名: (利用者との関係:) 連絡先:			
希望する方法	利用希望日	開始時刻	終了時刻	備考	
<input type="checkbox"/> ショートステイ (7日以内)	年 月 日()~ 年 月 日()	:	:	<input type="checkbox"/> 母子利用 <input type="checkbox"/> 母のみ利用 <input type="checkbox"/> 多胎児	
	年 月 日()~ 年 月 日()	:	:		
	年 月 日()~ 年 月 日()	:	:		
<input type="checkbox"/> デイケア (3回まで)	年 月 日()	:	:	<input type="checkbox"/> 半日(3時間) <input type="checkbox"/> 1日(7時間)	
	年 月 日()	:	:		
	年 月 日()	:	:		
<input type="checkbox"/> 訪問ケア (2回まで)	年 月 日()	:	:		
	年 月 日()	:	:		
	里帰り先で利用の場合 住所 (様方)				
利用希望事業者	第1希望()、第2希望() ※訪問ケアを希望の場合は、記入の必要はありません。				
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族から十分な育児の援助が受けられない <input type="checkbox"/> 授乳について相談したい <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 産婦人科医等から利用をすすめられた <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい <input type="checkbox"/> その他()				
同意欄	(1) 審査に必要な範囲で住民基本台帳を閲覧することに同意します。 (2) 市が実施事業者に対し、産後ケア事業を利用するにあたり必要となる利用者情報を提供することに同意します。また、実施事業者がサービスの利用状況と利用者の健康状態を市へ情報提供することについても同意します。 (3) 利用者負担金は、直接実施事業者に支払います。 (4) 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。 <div style="text-align: right;">署名</div>				

※生活保護世帯に属する方は、島原市生活保護受給証明書を提出することで利用者負担金が無料となります。