

岬町産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年 月 日

岬町長 様

私は、下記のとおり岬町産後ケア事業の利用を申請します。

フリガナ 申請者氏名 (利用者)	-----		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	岬町		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 - - <input type="checkbox"/> 携帯 - -
出産日	年 月 日		出産医療機関 又は助産所	
利用する 乳児氏名	フリガナ ----- 氏名	(第 子)	男 ・ 女 出生体重 g	在胎週数 週 日
	フリガナ ----- 氏名	(第 子)	男 ・ 女 出生体重 g	在胎週数 週 日
緊急連絡先	フリガナ ----- 氏名	(利用者との関係)		
	住所			
	電話番号	自宅	携帯	
世帯構成	氏名		続柄	生年月日(年齢) (歳)
				(歳)
				(歳)
				(歳)
				(歳)
利用申請理由 該当する項目に○を してください	1. 授乳や赤ちゃんについての相談(乳房の状態、授乳方法、体重の伸び等) 2. 育児に関する相談(赤ちゃんのお世話、家庭での育児の相談等) 3. お母さんの心身の不調(産後の体調等の相談、体調に不安がある等) 4. その他()			
希望するサービス	初回希望日		合計	希望(予定)施設
ショートステイ (短期入所型)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		泊	
デイサービス (通所型)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日	
アウトリーチ (居宅訪問型)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日	

ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

①出産後、家事や育児を手伝ってくれる人がいますか。 はい ・ いいえ

はいの方は、誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか。

[]

②体調に不安がありますか。 はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなことですか。

[]

③過去に大きな病気をされたこと（または、現在治療中の病気）はありますか。 はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなご病気ですか。

[]

④過去や現在にこころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談した事がありますか。

現在相談している ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ

相談した方はどのような内容ですか。

[]

⑤食べ物に関してアレルギー等配慮が必要なことはありますか。 はい ・ いいえ

[]

⑥出産後の育児に不安や困っていることがありますか。 はい ・ いいえ

[]

⑦その他、気になること心配なことがあればご記入ください

[]

同意欄

1. 利用者負担金を施設に支払うこと。

2. 利用者負担金を確認するために岬町が必要な範囲で住民票・課税状況について調査・閲覧すること。
又は当該調査で確認できない場合は、申請者が必要書類を提出すること。

3. 産後ケア事業の利用にあたり、岬町が利用施設に対して必要な利用者の個人情報（本利用申請書兼
情報提供書）等を提供する必要があること、及び利用施設から岬町に対して必要な個人情報を提供す
る必要があること。

4. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合、又は事業の利用について変更が必要な場合は、
利用日2日前の17時までに利用施設へ連絡すること。それ以降の日程変更やキャンセル料は、原則
全ての方に、キャンセル料（自己負担額相当）が必要であり、施設に直接支払うこと。

5. 利用日の状況により、入院又は加療を要すると判断されたときなど、利用を中止いただくこともあ
ること。

上記1. 2. 3. 4. 5 に同意します。

氏名

(署名または記名押印)

【岬町記入欄】

世帯の区分	・生活保護世帯	・町民税非課税世帯	・その他課税世帯
-------	---------	-----------	----------