

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 - - |
| 流産・死産日 | 年 月 日 | | 医療機関又は 助産所 | |
| 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. 申請者の心身の不調(流産・死産後の体調等の相談、体調に不安がある等) 2. 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 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ていますか。

[]

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 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
場合があること。

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 |
|-------|---------|-----------|----------|