

様式第1号（第7条関係）

（表）

産後ケア利用（継続・変更）申請書

年 月 日

袋井市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、袋井市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更（ ）		
利用者（産婦）氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
通知等送付先住所 （上記住所と異なる場合）			
出産（予定）施設名			
出産（予定）日	年 月 日	子の区分	単胎 ・ 多胎
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児について相談したい <input type="checkbox"/> 授乳について不安・相談がある <input type="checkbox"/> 心配や不安な気持ちがいつもある <input type="checkbox"/> 家族などから十分な支援が受けられない <input type="checkbox"/> その他（ ）		
精神的なことで現在医療機関に受診している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 母体の健康管理や生活指導 <input type="checkbox"/> 授乳指導等 <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴や育児方法の指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達のチェックや健康管理（体重・排泄等） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

(裏)

利 用 種 別 (注) 利用の可能性 があるもの全て にレ点を記入し てください。	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（1日）型 <input type="checkbox"/> 通所（半日）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（アウトリーチ）型				
産後ケア事業 実施（希望）機関					
緊 急 連 絡 先	日中	氏名		電話番号	
	夜間	氏名		電話番号	
世 帯 構 成 (本人以外)	氏名	続柄	年齢	勤務先等	
世帯区分 (該当区分にレ点)	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯				
産後ケア事業の利用に関する同意書					
袋井市長 宛て					
<input type="checkbox"/> 産後ケア利用（継続・変更）申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を委託助産所等に情報提供すること並びに利用者の健康状態について委託助産所等から市へ情報提供することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 申請につき市が、住民基本台帳による世帯状況及び世帯の課税状況等を調査することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 母子に医療行為が必要と判断された場合、当事業が利用できなくなることを了承します。					
年 月 日					
申請者					