

東員町産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東員町長

申請者 住所  
氏名  
電話

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 利用者氏名						年 月 日 ( 歳)
住所						本人連絡先:
緊急連絡先	氏名 利用者との関係 ( ) 連絡先					
ふりがな 子の氏名	性別 ( )			在胎週数	週	
出産(予定)日	年 月 日			出生体重	g (第 子)	
出産(予定)施設名						
世帯構成 (利用者は除く。)	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
世帯種別	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯※1 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯※2 ※1、※2の場合は別紙「税情報等確認に関する同意書」を提出してください。					
特に利用を希望する項目(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 産後のケア(お母さんの体調等の相談、乳房の手当て等) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのケア(授乳量・発育発達の様子確認、スキンケア等) <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導(授乳・お風呂の入れ方・家庭での育児等)					
利用申請理由 (特に心配なこと)						
利用種別・日数	<input type="checkbox"/> 短期入所型	年 月 日～ 年 月 日 ( 泊 日)				
	<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日～ 年 月 日 ( 回)				
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年 月 日～ 年 月 日 ( 回)				

裏面も御記入ください。また、同意欄を御確認の上、御署名をお願いします。

御利用に当たり参考にさせていただきます。次についてお答えください。

(裏)

1. 出産後、家事・育児を手伝ってくれる人がいますか。 はい いいえ
2. 体調に不安がありますか。 はい いいえ  
〔 〕
3. 過去に大きな病気（又は現在治療中の病気）をされたことはありますか。 はい いいえ  
〔 〕
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・精神科等に相談したことがありますか。  
現在相談している 過去に相談したことがある いいえ  
〔 〕
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. 出産後の育児について不安がありますか。 はい いいえ  
〔 〕
7. その他、気になることがあれば御記入ください。  
〔 〕

**情報提供・施設利用・支払に関する同意書**

1. 東員町産後ケア事業の利用に当たり、東員町が実施施設に対して必要な個人情報を提供すること及び実施施設がサービスの利用状況等、必要な個人情報を町へ提供することについて了承します。
2. 東員町産後ケア事業の利用後に、公費負担額を除いた自己負担金等を実施施設に支払います。
3. やむを得ず利用日の変更・中止をする場合は、速やかに町と実施機関に連絡すること。キャンセル料が発生した場合は、申請者が実施施設に支払うことを了承します。
4. 母子に医療行為が必要と判断された場合、東員町産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。
5. 利用日に東員町に住民票を有しない場合、東員町産後ケア事業が利用できないことを了承します（誤って利用された場合は、公費助成が受けられないため全額自己負担になります。）。

年 月 日 利用者氏名 印

(自署の場合は印不要)