

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

磐田市長

下記のとおり事業の利用を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名				産婦との 続柄		
	住所			電話番号			
産婦	(ふりがな) 氏名				生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所 電話番号						
	緊急連絡先	日中	氏名	(続柄 )		電話番号	
		夜間	氏名	(続柄 )		電話番号	
子	(ふりがな) 氏名	(第 子)			出産(予定)日	年 月 日	
	出産(予定) 施設名				退院(予定)日	年 月 日	
申請理由 ※該当する項目に☑		<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"/> 気分の落ち込みがある <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用種別		<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型					
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	勤務先等		
世帯の区分 ※該当する項目に☑		<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					

同意書 \*確認した項目に☑

市が産後ケア施設に対して必要な個人情報を提供すること及び産後ケア施設が市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

出産医療機関と産後ケア事業実施施設が異なる場合、出産医療機関が産後ケア事業実施施設に対し、継続したケアを行うために必要な情報等を提供することについて同意します。

申請につき、市が世帯の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提出します。

利用日当日、実施施設の状況等により、利用できない場合があります。

感染性疾患（麻疹、風疹、インフルエンザ等）に罹患している方、入院加療の必要がある方、心身の不調または疾患があり、医療的介入の必要がある方、その他産後ケア事業の利用に適さないと判断された方は利用可能期間であっても利用を認めない場合があります。

産後ケア利用時に、公費負担額を除いた利用者負担額を実施施設に支払います。

年 月 日 申請者署名