

波佐見町産後ケア事業申請書兼同意書

申請日 年 月 日

波佐見町長 様

申請者 住所
氏名 (続柄：)

次のとおり、波佐見町産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	母の氏名		(年齢)	(歳)
	住所 連絡先	波佐見町 郷 番地 (電話番号 - -)		
	緊急連絡先	氏名 (続柄：) 電話番号		
	出産医療機関名		出産日	年 月 日
	ふりがな		在胎日数	出生体重 g 月齢 (注1)
	児氏名	(第 子)	週 日	g か月
申請理由	① 家族等から十分な家事、育児の援助が受けられない。 <input type="checkbox"/> 家族が遠方である。 <input type="checkbox"/> 家族が仕事で忙しく、援助が難しい。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) ② 利用希望者の状況についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 産後の心身の不調がある (母体管理及び生活面での指導) 具体的な状況 () <input type="checkbox"/> 育児不安がある (授乳、沐浴指導) <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用希望のサービス	利用種別 (注2)	利用を希望する期間 (注3)		希望する施設等
	① デイケア (3時間/7時間)	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望 [] 第2希望 []
	② ショートステイ	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望 [] 第2希望 []
利用内容	<input type="checkbox"/> 母体管理、生活指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴、授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他の保健指導 ()			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯			
同意欄	・利用者負担金は、私が直接委託事業所 (者) へ支払います。 ・この申請書の内容や情報を委託事業所 (者) へ提供すること及び利用者等の健康状態について委託事業所 (者) が波佐見町へ情報提供することに同意します。 ・母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケアが利用できなくなることを了承します。 ・生活保護 (世帯全員) の有無、課税情報について、関係機関へ照会することに同意します。 署名 (自署)			

注1 産後1年未満までの産婦や乳児が利用の対象となります。

注2 利用希望の番号を○で囲んでください。利用種別により限度回数が異なります。

注3 事業の利用決定の日や委託事業所との調整等により、希望日に利用できない場合がありますので、希望する期間に余裕をもってご記入ください。