

川棚町産後ケア事業申請書兼同意書

申請日 年 月 日

川棚町長 様

申請者 住所  
(自署) 氏名

次のとおり川棚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 ( 歳)		
	母の氏名		(年齢)			
	住所	川棚町 郷 番地 (電話番号 - - )				
		里帰り先での利用 ( なし ・ あり ) 「あり」の場合：住所 市 町 番地 ( 様方)				
	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	月齢 (注1)	
	児氏名 (全員を記入)	(第 子)		g	か月	
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後の体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産婦人科等にすすめられた <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用希望のサービス	利用種別・利用回数 (注2)	利用を希望する期間 (注3)		希望する施設等		
	デイケア (4時間以内) 今回は1回目・2回目・3回目	年 月 日～年 月 日		第1希望 ( ) 第2希望 ( )		
	ショートステイ 今回は 1回目・2回目 ( 日/7日利用)	年 月 日～年 月 日		第1希望 ( ) 第2希望 ( )		
利用内容 (注4)	①母体管理、生活指導 ②乳房管理 ③沐浴、授乳等の育児指導 ④その他の保健指導 ( )					
同意欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担金は、私が直接委託事業所(者)へ支払います。</li> <li>・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)が川棚町へ情報提供することに同意します。</li> <li>・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。</li> </ul> <p style="text-align: right;">署名 (自署)</p>					
	(生活保護世帯又は町民税非課税世帯の場合は、記入してください。) <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p style="text-align: right;">署名 (自署)</p>					

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 該当する回数を○で囲んでください。利用種別により限度回数異なります。

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、利用を希望する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。

注4 希望する内容を○で囲んでください。(複数可)